

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908 — N° 130

DE LA
RÉSECTION TOTALE DES SAPHÈNES

DANS LE
TRAITEMENT DES VARICES SUPERFICIELLES
DES MEMBRES INFÉRIEURS

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 juillet 1908
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frédéric TRUCHET

EX-INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON
EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

Né à Lyon, le 22 juillet 1881.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8

—
1908

DE LA
RÉSECTION TOTALE DES SAPHÈNES

DANS LE
TRAITEMENT DES VARICES SUPERFICIELLES
DES MEMBRES INFÉRIEURS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908 — N° 130

DE LA
RÉSECTION TOTALE DES SAPHÈNES

DANS LE
TRAITEMENT DES VARICES SUPERFICIELLES

DES MEMBRES INFÉRIEURS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frédéric TRUCHET

EX-INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

Né à Lyon, le 22 juillet 1881.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS	
Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.	X..
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie.	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.	COLLET.
Médecine légale.	TRIPPIER.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS	
Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES		
Maladies des voies urinaires.	MM. ROCHET,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSEAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS			
MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	TIXIER.	PATEL.	VORON.
PAVIOT.	REGAUD.	J. LÉPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	LATARJET, ch...
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ; M. TIXIER, Assesseur ;
MM. PATEL et CAVAILLON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de
reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JABOULAY

Qui a bien voulu accepter de
présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur VIANNAY

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

Qu'il me soit permis de remercier ici les maîtres qui pendant sept ans ont guidé mon éducation médicale.

DANS LES HOPITAUX LYONNAIS

M. VALLAS, chirurgien des hôpitaux, professeur de pathologie externe ;

M. ROLLET, professeur de clinique ophtalmologique ;

M. Maurice POLLOSSON, professeur de médecine opératoire ;

M. COMMANDEUR, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux ;

M. GANGOLPHE, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

Je tiens à saluer respectueusement la mémoire de M. le D^r GARAND, médecin des hôpitaux, qui fut à la fois un maître et un ami.

M. le D^r MONTAGNON, médecin des hôpitaux ;

M. le D^r DUCHAMP, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ;

M. le D^r VIANNAY, chirurgien des hôpitaux, m'a donné au cours de trois semestres passés dans son service, de

précieuses marques de confiance. Je l'en remercie bien sincèrement.

MM. les D^{rs} ROUX, médecin, et MARTEL, chirurgien des hôpitaux, m'ont toujours accueilli avec bonté dans leurs services. Ma reconnaissance leur est acquise.

Aux amis avec qui je vécus trois ans à l'hôpital de Bellevue, je dirai que le regret le plus vif du départ est pour moi de les quitter. Les jours passés là ne sont pas de ceux que l'on oublie et mon désir est que nous nous retrouvions nombreux, pour parler encore des heures trop vite enfuies.

INTRODUCTION

Ce travail est divisé en cinq chapitres. Après avoir rappelé brièvement quelques données anatomiques et physiologiques, nous examinerons, sous les différents contrôles de la théorie, de l'anatomie pathologique, de la biopsie ou des faits, la valeur respective des principales interventions actuellement pratiquées contre les varices et leurs complications. Nous décrirons ensuite la technique de la résection totale des saphènes et nous essayerons d'en préciser les indications. Nous en consignerons les résultats d'après les observations déjà publiées et d'après les nôtres. Celles-ci, au nombre de vingt-sept, proviennent du service de M. Viannay, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne, qui nous a suggéré l'idée de cette thèse et très utilement conseillé, au cours de sa rédaction.

Nous remercions M. le professeur Jaboulay qui nous a communiqué deux observations inédites et M. le professeur agrégé Patel, dont nous reproduisons trois observations, pour la complaisance avec laquelle il nous a renseigné.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu anatomique et physiologique.

Nous ne voulons pas ici décrire l'anatomie des veines superficielles du membre inférieur. Il nous suffira de rappeler certains points spéciaux d'anatomie normale et de mentionner quelques anomalies susceptibles d'intéresser plus directement l'opérateur. Ces données, d'ailleurs classiques, seront rapidement passées en revue à propos des systèmes saphène interne et externe et de leurs anastomoses avec les réseaux superficiels et profonds. Nous dirons ensuite un mot de la direction des courants veineux.

La veine saphène interne, homologue à la veine radio-basilique de l'embryon, d'après Bardeleben, a une longueur qui varie entre 73 et 84 centimètres. Son calibre, qui mesure 4 à 5 millimètres près de la malléole et 6 à 7 dans la portion renflée qui précède son embouchure et qui constitue la crosse du vaisseau, est, fait curieux, assez petit à la partie supérieure de la cuisse. Il y est ordinairement très peu supérieur et quelquefois égal à celui de sa portion originelle.

Ceci tendrait à prouver qu'une notable partie de son sang s'écoule dans les veines profondes de la jambe.

La distance qui sépare de l'arcade crurale son aboutissement dans la veine fémorale peut être différente suivant le membre considéré chez le même sujet. C'est, en général, à 4 centimètres du pli de l'aîne, quelquefois à 2, qu'elle perfore le fascia cribriformis. La taille ni le sexe n'ont d'influence sur cette distance crurale. Elle traverse quelquefois, mais assez rarement, l'aponévrose à un niveau plus inférieur.

Dans la plupart des cas, on découvrira son segment terminal en utilisant les points de repère suivants : déterminer le milieu de l'arcade crurale, et, d'un point situé à un travers de doigt en dedans de ce milieu, et à trois travers de doigt au-dessous, commencer son incision.

Sous-cutanée dans tout son trajet, elle est logée dans une sorte de canal que forment l'aponévrose d'enveloppe du membre en dessous, le fascia superficialis en dessus, et sur les côtés, le tissu conjonctif cellulo-adipeux qui se moule sur elle. Cette gaine joue vis-à-vis de la paroi vasculaire le rôle de soutien. Il suffit, en effet, de le détruire, pour voir la veine s'affaïsser au point correspondant.

La saphène interne est quelquefois double sur tout son trajet, mais l'une des deux est alors ordinairement plus petite et plus superficielle. On l'a même vue triple à la cuisse, par interposition d'un canal collatéral entre deux branches égales de dédoublement.

On lui a décrit d'assez nombreuses voies collatérales. A la cuisse, l'anastomose ascendante de la saphène externe peut se prolonger jusqu'à sa crosse.

A la jambe, on trouve souvent un canal volumineux, plus superficiel, situé en arrière d'elle, à un ou deux centimètres.

Viannay (*Revue de Chirurgie*, 1905), étudiant les conditions nouvelles de la circulation veineuse superficielle du membre inférieur, après une ou plusieurs ligatures placées sur cette veine, a rencontré un canal latéral à la saphène interne dans 46 % des cas.

Nous reproduisons une partie de la description de cet auteur, en raison de son importance pour le sujet que nous traitons.

« Ce canal collatéral prend naissance, le plus souvent, dans le tiers supérieur de la jambe et va rejoindre la veine saphène interne à la cuisse à une hauteur variable suivant les sujets. Le segment de veine saphène compris entre les deux points d'abouchement du canal a varié, sur les sujets disséqués, entre 16 et 37 centimètres. Entre ces deux extrêmes, on peut rencontrer tous les intermédiaires et l'aspect du canal collatéral varie depuis la simple boutonnière veineuse jusqu'à la double veine saphène proprement dite.

« Ce canal est en général plus superficiel que le tronc veineux principal et il occupe un plan plus antérieur. Habituellement, il décrit une anse veineuse embrassant dans son sinus le condyle interne du fémur. Son origine est variable. Tantôt il naît par une véritable bifurcation de la saphène à la jambe, tantôt il prend naissance dans le réseau veineux que l'on rencontre constamment à la face interne de l'articulation du genou. De ce réseau, partent deux veines émissaires (ou davantage), dont l'une se jette dans la saphène interne à la jambe et dont l'autre va rejoindre cette veine à la cuisse ; ainsi se trouve constituée une anse veineuse collatérale dont fait partie le cercle veineux du genou.

« Entre les longs canaux collatéraux et les veines doubles, on rencontre tous les intermédiaires.

« Dans les cas de duplicité de la veine saphène interne (6,5 %), l'abouchement des deux bras veineux dans la veine fémorale se fait le plus souvent par une crosse unique, après réunion préalable des veines en une seule, mais parfois cette réunion ne s'effectue que quelques millimètres avant l'abouchement ou même ne s'effectue pas du tout, et alors chacun des deux bras veineux se jette dans la veine fémorale par une crosse isolée. »

Ces cas de duplicité de la saphène, avec abouchement commun ou isolé, ainsi que ceux d'un canal collatéral se terminant haut, doivent être constamment présents à l'esprit du chirurgien, lorsqu'il incise dans le triangle de Scarpa au début de l'opération.

La veine saphène externe, homologue de la veine cubitale superficielle, d'après Hochstetter, a une longueur moyenne de 55 centimètres. Sous-cutanée et sus-aponévrotique dans sa portion pédieuse et dans la moitié inférieure de sa portion jambière, elle devient sous-aponévrotique dans la moitié supérieure.

C'est sur la ligne médiane qu'elle perfore l'aponévrose jambière pour cheminer sous elle entre les deux jumeaux, puis sous l'aponévrose poplitée. L'aponévrose jambière lui fournit sur sa partie profonde une sorte de canal tantôt bien net, tantôt formé seulement par les adhérences de l'aponévrose avec la gaine des jumeaux. Sa portion poplitée est ordinairement longue et flexueuse, probablement pour s'adapter aux mouvements du genou.

Dans toute la partie charnue du mollet, le nerf saphène externe chemine en avant de la veine, dans un canal distinct dépendant de la gaine d'enveloppe des jumeaux ; plus bas, il est en dedans d'elle et sous-cutané. Il la suit jusqu'au bord externe du pied.

Dans la même gaine qu'elle, à la partie supérieure de la jambe, est la branche sous-aponévrotique du petit nerf sciatique. Elle est encore quelquefois croisée et même enlacée par le nerf saphène péronier.

Sa terminaison, qui se fait habituellement par une ou deux branches entre les insertions des jumeaux et les deux divisions du nerf sciatique, présente parfois des anomalies intéressantes. C'est ainsi qu'on l'a vue s'ouvrir soit uniquement, soit en même temps que la poplitée, dans l'articulaire supérieure externe, dans la fémorale, la fémorale profonde, dans la saphène interne, dans la crosse même de cette dernière. Ce mode de terminaison élevé rappelle, pour Hochstetter, l'état primitif d'une veine ischiatique embryonnaire, dont la partie fémorale disparaîtrait, tandis que la portion jambière persistante formerait la saphène externe.

Ainsi s'explique qu'on ait observé l'abouchement de celle-ci, par une série d'étapes, dans l'extrémité supérieure de la poplitée, dans une perforante de la cuisse et encore qu'on l'ait vue, dans deux cas, remontant le long de la cuisse, recevoir l'ischiatique et pénétrer dans le bassin par la grande échancrure sciatique.

Parmi les *anastomoses intersaphéniennes*, celle dite ascendante ou supérieure est une des plus constantes.

Elle est d'abord sous-aponévrotique, puis sous-cutanée. Son abouchement dans la saphène interne a lieu à hauteur variable ; elle s'ouvre quelquefois dans une collatérale de celle-ci. Ses valvules y empêchent le reflux du sang de la saphène interne.

Il nous reste à parler des *anastomoses entre les veines superficielles et les veines profondes*. Leur importance est considérable pour le sujet qui nous occupe.

On sait, en effet, que les deux causes mécaniques principales des varices sont :

a) Le reflux superficiel, « coup de bélier abdominal », qui s'exerce sur les systèmes saphéniens, dès que, par suite de leur distension progressive, l'insuffisance valvulaire est constituée.

b) La poussée sanguine profonde, « coup de bélier musculaire » de Delore, qui a lieu dans la station debout et dans tout effort (saut, marche, course, etc.), alors que le sang qui remplit le corps musculaire en est brusquement chassé du fait de sa contraction. Or, ce sang reflue des réseaux musculaires profonds dans les réseaux superficiels par l'intermédiaire de veines appelées *perforantes*. Charpy en donne la classification suivante : elles sont directes ou indirectes, c'est-à-dire qu'elles se rendent directement d'un canal profond à un canal superficiel, ou qu'elles ne les font communiquer que par l'intermédiaire du réseau musculaire. Parmi ces perforantes, les unes n'ont pas de valvules : ce sont des voies neutres où le sang circule indifféremment de la profondeur à la périphérie et inversement. D'autres, d'après leur disposition valvulaire, conduisent le sang de la superficie à la profondeur ; d'autres enfin, et ce seraient les moins nombreuses, valvulées aussi, le dirigent des réseaux profonds aux superficiels.

C'est à la jambe que ces perforantes sont le plus développées. Elles y réunissent la circulation saphénienne et celles des veines tibiales antérieures, postérieures et péronières. (Veines saphéno-tibiales antérieure et postérieure de Braune.)

De leur situation anatomique se déduit aisément leur

importance dans la circulation veineuse du membre inférieur. Elle est en outre démontrée par l'anatomie pathologique des varices.

On sait, à propos de cette circulation, que la direction des courants veineux n'est pas encore parfaitement connue et les expérimentateurs sont, à son sujet, d'avis différent.

Houzé et Le Dentu pensent que la plus grande quantité du sang superficiel passe dans les réseaux veineux périphériques et celui des organes profonds, dans les veines profondes. Cependant les anastomoses des deux systèmes superficiels et profonds semblent bien être en faveur de leur suppléance possible.

A la cuisse, le fait, déjà cité, que la saphène interne est souvent grêle et peu augmentée de volume, paraît indiquer qu'elle déverse dans les veines profondes jambières une partie de son contenu.

Klotz, ainsi que Charpy et Raynal, à la suite de leurs injections d'eau colorée, ont trouvé que la plupart des anastomoses de la saphène interne à la jambe, sont avalvulées, donc neutres, et que, suivant les sujets, la même branche anastomotique a des valvules à direction différente.

Berrier et Alglave, au cours de leurs opérations ou dissections ont toujours trouvé les perforantes plus développées à la jambe qu'à la cuisse. « Elles étaient énormes, disent-ils, chez certains variqueux, dans la zone du tiers moyen et du tiers inférieur, qui sont les lieux d'élection des plus grosses varices, des hémorragies les plus redoutables et des ulcères. »

Deux autres faits ont contribué encore, pour ces

auteurs, à ajouter une grande importance au rôle des perforantes. Ce sont, d'abord, la fréquence des ulcères par rupture d'ampoules de perforantes (ils ont souvent vu, en effet, que, au point d'abouchement de la perforante dans la veine superficielle, celle-ci était plus ampullaire et plus malade que dans tous les autres points de son trajet) ; et ensuite la grande quantité de sang qui s'échappe d'une perforante, lorsque elle est ouverte au cours d'une saphénectomie.

Nous-mêmes avons vu dans plusieurs cas que les amas variqueux étaient particulièrement développés, au niveau de l'émergence des perforantes.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces données d'anatomo-physiologie. Le peu que nous en avons dit suffira, au cours des chapitres suivants, à l'interprétation des raisons que nous essayerons de faire valoir, en faveur de l'ablation totale des principaux troncs superficiels.

CHAPITRE II

Principales méthodes actuelles. Critiques.

Les méthodes préconisées contre les varices et leurs complications sont nombreuses.

Nous n'en ferons pas ici l'énumération, d'autant que certaines n'ont plus qu'un intérêt historique. On les trouvera au complet dans les thèses de Charrade et de d'Estienny, ainsi que dans le *Traité des varices* de Rémy.

Notre but est d'examiner ce qu'est devenue depuis Trendelenburg la chirurgie des varices et d'essayer de comparer la valeur des procédés en usage actuellement.

Avant d'aborder cette étude, il faut reconnaître que les progrès notables de cette thérapeutique sont dus, pour une grande part, à l'asepsie. C'est elle qui a permis d'intervenir sur le système veineux sans observer les complications redoutables notées jadis, qui avaient fait naître des techniques aujourd'hui abandonnées, telles que la ligature médiate du vaisseau sur corps étranger, en prenant la peau dans l'anse de fil. Ces accidents, rares à présent, mais auxquels néanmoins il faut toujours songer : pyotémie, phlébites, etc., avaient conduit des chi-

rurgiens comme Lisfranc, Dupuytren, Nélaton, A. Guérin, à renoncer à traiter chirurgicalement les varices.

D'autre part, Trendelenburg fut le premier opérateur qui s'appuya sur des données précises et exactes de physiologie pathologique, en mettant en lumière, par ses expériences, le rôle de l'insuffisance valvulaire, grâce à laquelle se produit le reflux cardiaque. Dans la thèse de Tobold, 1889-1890, il préconisa d'abord la section de la veine saphène interne entre deux ligatures, à la limite du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la cuisse.

En 1895, dans le mémoire de Perthes, il plaçait trois ligatures sur la saphène ; l'une au-dessus du condyle interne ; l'autre au-dessous ; la troisième, au milieu de la cuisse.

En 1897-1898, Lapointe, dans la thèse de Couderc, recommandait de pratiquer la résection de la saphène interne, dans la région du condyle interne, sur une hauteur de quelques centimètres.

Schwartz, qui en 1892-1893, dans la thèse de Charade, liait ou réséquait le vaisseau en un seul point, au-dessus du condyle interne, décrivit en 1898, au Congrès de chirurgie, son nouveau procédé des résections multiples et étagées.

Voici l'exposé de sa technique :

« Après les précautions antiseptiques d'usage, un drain est appliqué circulairement à la racine de la cuisse. Si nous devons enlever le gros paquet variqueux, nécessitant une dissection longue et douloureuse, nous chloroformons le malade ; si l'opération ne doit consister que dans la ligature étagée, nous anesthésions localement à la solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/100.

« S'il s'agit de paquets variqueux simples de la jambe ou de la face interne du genou, sans dilatation de la veine saphène à la cuisse, nous procédons à l'extirpation des varices, enlevant largement les tumeurs veineuses, liant au catgut au-dessus et au-dessous, et, de plus, toutes les veines collatérales.

« S'il s'agit de paquets variqueux avec dilatation de la saphène interne dans la cuisse, les paquets douloureux sont encore enlevés, mais nous ajoutons la ligature étagée que nous faisons exclusivement dans les cas de varices, sans tumeurs variqueuses gênantes et douloureuses.

« Nous plaçons généralement quatre ligatures, quelquefois cinq, dont trois à la cuisse, une ou deux à la jambe ; la veine est découverte sur une étendue de 4 à 5 centimètres : elle est soigneusement isolée ; les collatérales qui lui arrivent sont liées ou pincées, un fil de catgut n° 2 étreint le vaisseau en haut et en bas et l'on résèque, entre deux ligatures, de 3 à 5 centimètres du tronc de la saphène. En tirant les fils avant de les serrer en haut et en bas, on fait pour ainsi dire des ligatures sous-cutanées qui remontent au delà de l'incision, une fois que l'incision de la veine est pratiquée et que les fils sont coupés. Aucun drainage ; suture au crin de Florence. Compression ouatée par-dessus un pansement aseptique ou antiseptique sec. »

Ces résections partielles furent bientôt suivies d'extirpations plus étendues.

Rémy dit, dans son *Traité des Varices* (1901), avoir réséqué des saphènes internes sur une longueur de 45 centimètres.

M. le professeur Jaboulay a pratiqué à Lyon, le 20 janvier 1903, une résection totale de la saphène interne pour varices. (V. obs. 1.), Ricard (*Soc. de Ch.*, 1903) a présenté une veine saphène interne entièrement enlevée pour varices.

Gosset, depuis 1901, et Alglave, chez Terrier, ont fait souvent des ablations étendues ou totales d'une ou des deux saphènes dans la cure des varices et des ulcères.

Actuellement, les cas opérés sont nombreux : Patel (*Communication orale* et *Th. de Castan*, Lyon, 1907 — *Lyon Médical*, mars 1908), Viannay (*Loire Médicale*, 1907-1908).

On voit en somme, par ce court exposé, que l'on a modifié successivement la simple section entre deux ligatures, par la résection de quelques centimètres ; puis par les résections multiples et enfin par l'ablation totale.

Nous mentionnerons, sans nous y arrêter longuement, certaines opérations moins souvent pratiquées.

Parmi elles, il en est deux qui ne peuvent viser qu'au titre de supplémentaires, destinées à compléter une intervention plus radicale : ce sont l'excision des paquets variqueux volumineux, qui ne doit être qu'un temps de la saphénectomie, et l'ablation de grands lambeaux cutanés (Schwartz), dont le but est de constituer un bas élastique naturel contenant les tissus sous-jacents.

Pierre Delbet a proposé, sous le nom d'anastomose saphéno-fémorale (*Bulletin Médical*, 1906), une méthode qui consiste à implanter la saphène interne sectionnée, dans la veine fémorale, au-dessous du milieu de la cuisse, en passant sous le couturier. Les valvules que possède la fémorale s'interposeraient ainsi entre l'abdomen où les variations de pression sont considérables et la saphène qui était exposée à l'influence néfaste de ces variations.

Cette opération d'exécution délicate, même si elle passait un jour dans la pratique courante, ne combattrait que le reflux cardiaque.

Certains chirurgiens pratiquent soit exclusivement, soit à titre complémentaire d'une résection subtotale l'incision circonférentielle juxta-aponévrotique de la jambe (Moreschi) ou de la cuisse (Wenzel-Schwartz), destinée :

1° A interrompre la circulation veineuse superficielle dans toute la largeur de son territoire (tronc principal et collatérales) ;

2° A produire, grâce à la section simultanée des nerfs superficiels, des modifications d'ordre trophique dans les parties sous-jacentes et favorables à la cure des ulcères variqueux.

Au point de vue vasculaire, cette opération se réduit, en somme, à une section unique entre deux ligatures. Or, on sait actuellement que cette section simple n'empêche pas toujours la reconstitution du canal veineux.

Ledderhose (*Centralblatt für Chirurgie*, 1903) a publié deux cas dans lesquels, après section d'une saphène interne, les bouts liés étaient redevenus perméables après plusieurs années et s'étaient remis en contact.

Bertelsman (*Congrès de Cassel*, 1903) rapporte un cas d'incision circonférentielle de jambe par le procédé de Peterson, dans lequel la cicatrice avait été franchie par des veines néoformées, dont l'une était devenue variqueuse. Notre obs. XXVIII donne une preuve convaincante de l'insuffisance de la section simple. Nous verrons d'ailleurs plus loin qu'il est prouvé aujourd'hui par des faits nombreux que même la résection de plusieurs centimètres de veine est insuffisante à prévenir la reconstitution d'un canal veineux malade. La section simple le sera, à plus forte raison.

Au point de vue nerveux, c'est pas la section des nerfs superficiels que le procédé de Moreschi doit surtout agir sur la trophicité des tissus et modifier favorablement l'ulcère, car c'est spécialement aux varices compliquées d'ulcère qu'il s'adresse.

Cependant, dans sa thèse, Tessène (Paris, 1905) conseille de respecter autant que possible les nerfs que met à jour l'incision. D'ailleurs, les résultats publiés ne semblent pas faire ressortir cette action spéciale. Tessène doute de la valeur absolue de la méthode et il faut regretter avec lui que Wenzel, de Buenos-Ayres, qui parle de guérison « durable et radicale », n'ait pas jugé à propos de publier le détail des 22 ou 26 cas qu'il dit avoir opérés avec succès.

Nous allons résumer l'obs. III du Mémoire de Terrier et Alglave, intéressante au point de vue de la récurrence des ulcères après la section circulaire faite sur un membre, tandis que la résection totale était pratiquée sur l'autre, et suivie de guérison.

Un homme de 63 ans fut opéré une première fois, il y a deux ans, en janvier 1904, pour des varices des deux jambes avec ulcères existant depuis très longtemps. Ces ulcères apparaissent et disparaissent alternativement sur l'une et l'autre jambe et le malade en souffrait d'une façon presque constante. En raison de l'importance plus grande des lésions à gauche qu'à droite, Alglave lui fit, dans une même séance, une résection intégrale de la veine saphène interne à gauche et une opération de Moreschi modifiée suivant la manière de Mariani et Reclus; à droite, modifiée aussi dans le même sens par Hardouin et La Pipe. Celle-ci consiste en une section circulaire de la peau et du réseau veineux sous-cutané, au-dessus de l'ulcère, au niveau de la jarrettière; avec la ligature double de toutes les veines sectionnées.

Cette manière de faire devait permettre de juger, sur un même malade, de la valeur des deux opérations au point de vue de la réapparition ou non des ulcères.

Encore le membre gauche où était faite la résection était-il beaucoup plus malade que le droit où était fait le Mariani-Reclus.

Le résultat fut que les varices, du côté gauche, disparurent complètement et qu'aucun ulcère ne s'y est reproduit depuis cette époque, tandis qu'à droite, l'ulcère qui existait fut momentanément guéri; mais les varices persistèrent et amenèrent la production d'un nouvel ulcère pour lequel le malade revenait à la Pitié en juillet 1905.

A ce moment-là on lui fit une résection totale de sa veine saphène interne du côté droit; et, depuis cette seconde opération, il a les deux jambes en parfait état.

Dans notre observation XXVIII, c'est un homme de 30 ans, qui, atteint de varices et de quatre ulcères variqueux à la jambe gauche, fut opéré en 1907 par l'incision circonférentielle de la jambe et la section entre deux ligatures de la veine saphène interne en trois points étagés : pointe du triangle de Scarpa, tiers inférieur de la cuisse, tiers supérieur de la jambe.

Le résultat immédiat fut bon, puisque en un mois on obtint la cicatrisation des ulcères; mais quatre mois après l'intervention, dès que le malade reprit sa profession de briquier, les plaies s'ouvrirent à nouveau. On dut réintervenir par l'extirpation totale.

Il faut ajouter que chez ce malade les troubles trophiques étaient très accusés.

On lira plus loin, à son sujet, les détails fort intéressants concernant le rétablissement de la circulation veineuse, après les sections entre deux ligatures.

En somme, on peut dire que actuellement deux méthodes principales sont en présence :

Les résections partielles ;

L'extirpation totale.

Notre but est d'essayer de démontrer que, soit dans la cure des varices simples, soit dans les cas où elles sont compliquées d'ulcère, de phlébite, d'eczéma et autres troubles trophiques, la saphénectomie totale est, à l'heure actuelle, le procédé le plus rationnel au point de vue physiologique, et celui qui, en clinique, donne les résultats les plus constants. Sans doute, il y a des échecs, mais presque tous peuvent être expliqués par une cause spéciale. A cet égard, la lecture de nos observations fournira les renseignements nécessaires. Le principal avantage de la résection totale, au point de vue vasculaire, est qu'elle agit à la fois sur les deux grands facteurs mécaniques des varices : le reflux superficiel et la poussée sanguine profonde.

De ces deux causes, la première a été longtemps seule prise en considération. On tend actuellement à accorder plus d'importance à la seconde.

D'ailleurs, le reflux superficiel n'est pas toujours constaté chez des malades qui souffrent de leurs varices et demandent un soulagement au chirurgien. On verra dans nos observations, que souvent le signe de Trendelenburg n'a pas été mentionné et, néanmoins, l'indication de la saphénectomie totale a été posée.

Quand d'autre part le reflux existe, il est évident que la suppression entière du réseau où il exerce ses effets est le moyen radical de les annihiler.

La résection totale remplit encore, au point de vue spécial de l'insuffisance valvulaire, les conditions exigées pour une bonne résection partielle. Puisque, ainsi que le

prouvent les expériences faites sur le cadavre par Vianay (*Revue de Chirurgie*, 1905), seule, la résection haute de la veine dans le triangle de Scarpa supprime d'une façon constante et définitive le retour du sang dans la saphène interne, la dissection du vaisseau jusqu'au point de perforation de l'aponévrose et sa ligature à ce niveau, qui constitue le début de l'opération que nous décrivons, réalise parfaitement les desiderata de l'enseignement expérimental.

Le grand désavantage des résections partielles nous paraît être de laisser un domaine à l'action de la poussée sanguine profonde. Ce « coup de bélier » musculaire, on le constate aisément chez un variqueux qui quitte l'état de repos pour faire un effort, tel que marcher, courir, etc. On voit les veines superficielles se gonfler par apport du trop plein profond, apport qui se fait par les veines perforantes. Bien que celles-ci aient des points de prédilection : zones du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe, il en existe sur toute la hauteur du membre et dans les deux territoires saphéniens. Le meilleur et le seul moyen de toutes les découvrir, pour les disséquer aussi loin que possible et les lier, sera de suivre, dans tout leur trajet, les gros troncs superficiels et leurs collatérales, dans lesquelles parviennent également ces canaux intermédiaires aux réseaux superficiels et profonds.

A ces objections d'ordre théorique, nous pouvons ajouter des arguments tirés de la clinique et de l'anatomie pathologique. Dans les observations résumées qui vont suivre, le lecteur constatera l'échec des résections partielles dans leur but de cure de l'ulcère ou des varices.

Plusieurs fois, elles ont donné des résultats temporaires ; jamais elles n'ont guéri radicalement.

1°) M^{me} X..., 35 ans, ménagère, souffre depuis longtemps de varices, plus développées à gauche. Il y a six ans, M. Blanc, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne, lui fit au tiers supérieur de la jambe gauche, face interne, une résection partielle de la saphène interne. Peu après, des paquets variqueux douloureux se développèrent au-dessus et au-dessous de la cicatrice. Elle réclame une intervention nouvelle.

2°) (*Obs. I de TERRIER et ALGLAVE.*)

Un homme de 51 ans, ayant depuis dix-huit ans des varices et des ulcères de la jambe gauche, est opéré par une résection partielle de la veine saphène interne gauche, à la hauteur du tiers supérieur et du tiers inférieur de la cuisse. Ceci se passait en 1898. En 1903, un ulcère étant survenu à la jambe droite, on lui fit de ce côté encore une résection du tronc de la saphène interne depuis la partie moyenne de la cuisse jusqu'à la partie supérieure de la jambe.

En 1905, il revient à l'hôpital, disant souffrir de ses deux membres. L'examen du malade debout montre alors :

A gauche, au niveau des deux cicatrices d'incision, de gros paquets variqueux formés de veines très sinueuses. Ces paquets sont reliés par de grosses veines à la jambe, dans le territoire saphène interne, de volumineuses veines variqueuses, ampullaires, sinueuses, sont incluses dans une peau épaissie, indurée, très pigmentée. Dans le territoire saphène externe, on trouve également de grosses ampoules variqueuses.

A droite, au-dessus et au-dessous de la cicatrice d'incision, la cuisse et la jambe sont le siège de varices volumineuses et sinueuses, à la partie moyenne de la jambe est un ulcère des dimensions d'une pièce de 5 francs.

3°) (*Obs. IV de TERRIER et ALGLAVE.*)

K... Louis, 53 ans, a des varices depuis l'âge de 16 ans. A 35 ans, des ulcères apparaissent à gauche, du côté le plus

atteint par les varices. D'autres, plus petites, surviennent ensuite.

Le malade dut arrêter son travail d'ébéniste.

En août 1905, on lui fit, dans le service de M. Schwartz, des ligatures avec résection partielle de la saphène interne, à la partie supérieure, à la partie moyenne de la cuisse, et au-dessus du condyle interne du fémur. Il y eut une amélioration immédiate et les ulcères se fermèrent; mais trois mois après, en novembre 1905, les douleurs réapparurent, ainsi qu'un nouvel ulcère sous la malléole externe.

À la fin de décembre 1905, chez M. Terrier, l'examen du malade debout montre : à la cuisse gauche, en arrière du trajet de l'ancienne saphène interne, un tronc veineux sinueux et assez volumineux qui part de la jambe, où il naît des veines très variqueuses. Du même côté, on trouve un tronc de saphène externe très variqueux, et dans son territoire un large ulcère. Un autre petit ulcère avec eczéma périphérique est sur la face dorsale du quatrième orteil.

M. Alglave lui fit, le 4 janvier 1906, une résection double et totale des saphènes ; à gauche à la jambe, sur le trajet de la saphène interne, il trouve de nombreuses perforantes, dont deux très volumineuses ; il en lie également plusieurs très grosses sur le territoire de la saphène externe.

Revu trois mois et demi après, le malade allait très bien.

4°) (*Obs. XVII de TERRIER et ALGLAVE.*)

Un homme de 58 ans, ayant depuis vingt-cinq ans des varices compliquées d'hémorragies et d'ulcères, fut opéré en 1904, chez M. Schwartz. On lui fit à chaque membre deux résections partielles de la saphène interne sur une longueur de 5 à 6 centimètres, à la partie moyenne et à la partie inférieure de la cuisse. Il y eut amélioration temporaire, mais en janvier 1905, il souffre de nouveau, surtout à gauche, et est opéré par M. Alglave, par la résection totale de la saphène interne à gauche.

Il sortit guéri au début de février.

5°) (*Résumé de notre obs. XXIII.*)

Ch... Pierre, 40 ans, a des varices à la jambe droite depuis dix ans.

En 1905, M. Martel, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne, lui fit une résection partielle à la face postéro-interne du mollet droit et extirpa un volumineux paquet variqueux.

Il y a trois mois, un ulcère apparut à la face antérieure de la jambe.

Le malade examiné dans le service de M. Viannay, le 31 décembre 1907, présente des varices très développées au mollet droit. On sent à ce niveau la saphène dilatée à la palpation.

Les observations démontrant des faits analogues doivent être aujourd'hui nombreuses, autant qu'il est permis d'en juger par la proportion relativement élevée des malades revus.

Les constatations anatomiques donnent l'explication des échecs consécutifs aux résections partielles, qui laissent des segments de veines malades où s'exerce à nouveau l'action de la poussée profonde.

Le retour des varices à leur état antérieur a lieu aussi, grâce aux collatérales de la saphène, et le canal collatéral décrit par Viannay joue à cet égard un rôle important.

Ailleurs, c'est la longueur insuffisante de la portion de saphène enlevée qui a permis la reconstitution du canal veineux. On retrouvera ces diverses causes dans les relations qui suivent.

1°) (*Obs. de VIANNAY. Revue de chirurgie, 1905.*)

Il s'agit d'un malade de 65 ans, variqueux depuis de longues années et ayant un ulcère à la jambe droite auquel on

avait fait, en 1893, une résection peu étendue de la saphène interne, à la partie moyenne de la cuisse.

En juin 1903, il revient avec un amas variqueux du volume d'un poing, au niveau de la cicatrice de l'ancienne intervention.

La saphène interne, très apparente et très dilatée dans toute son étendue, paraît traverser cet amas. Il existe une insuffisance valvulaire totale.

Un ulcère est en évolution à la jambe.

M. Viannay pratique alors la résection de la saphène et l'examen de la pièce fournit les résultats suivants :

« On prend la saphène par son bout inférieur et on l'incise de bas en haut. Sa paroi est épaisse. On rencontre un orifice d'abouchement d'une veine collatérale et une paire de valvules rudimentaires. Au moment où la veine va atteindre le pôle inférieur de l'amas variqueux, elle présente une dilatation notable, puis se termine en cul-de-sac fermé. Le bout supérieur de la veine saphène, incisé de haut en bas, se termine également par un cul-de-sac dilaté, dans le pôle supérieur de l'amas variqueux. Entre les deux culs-de-sac veineux on cherche en vain un cordon fibreux plein ; on ne trouve qu'un tissu conjonctif à peine plus dense que le tissu graisseux ambiant. La dissection de l'amas variqueux montre qu'il est formé de deux canaux veineux flexueux et variqueux, qui anastomosent les deux bouts cicatrisés isolément de la grosse veine et ont ainsi rétabli par une voie détournée la continuité du grand canal saphénien. Le bout supérieur reçoit, en outre, un assez volumineux affluent veineux, venant de plus bas. Cet affluent, qui montait le long de la face interne de la cuisse, venant de la face postérieure, était vraisemblablement l'anastomose qui unit à la saphène interne la crosse de la saphène externe.

« On peut se demander par quel mécanisme les deux bouts de la veine ont été remis en communication. Comment, en d'autres termes, se sont développés ces deux canaux veineux, qui relient l'un à l'autre les deux bouts de la saphène,

cicatrisés isolément. Sont-ils nés par bourgeonnement des deux moignons veineux après la résection ? ou bien existaient-ils avant cette opération, sous forme de radicules veineuses extrêmement fines, qui se sont secondairement dilatées ? Nous ne saurions donner à ces questions une réponse ferme ; toutefois, la seconde hypothèse nous paraît la plus vraisemblable. »

2°) VIANNAY, *Loire Médicale*, 15 octobre 1907.) (Voir notre obs. XXVIII.)

Il s'agit du malade dont nous avons parlé plus haut, qui subit, le 29 mai 1907, la section entre deux ligatures de la veine saphène interne, en trois points étagés, pointe du triangle de Scarpa, tiers inférieur de la cuisse, tiers supérieur de la jambe, ainsi que l'incision circonférentielle de la jambe.

Après récidive, M. Viannay pratique, le 3 mars 1908, la saphénectomie double et totale. On peut juger des modifications subies depuis neuf mois par la saphène. Il y avait, non pas trois tronçons de veine, mais un tronc veineux partout continu. Au-dessous de la première ligature la circulation du sang persistait, entretenue par la terminaison du canal collatéral. Au niveau de la première ligature existait une lumière et un revêtement endothéliforme. Au niveau de la seconde, la veine saphène reconstituée était entièrement perméable.

La perméabilité du grand canal saphénien était donc en voie de reconstitution intégrale.

3° (*Obs. I de TERRIER et ALGLAVE.*)

(Résumé de la dissection, après injection, des veines superficielles du membre inférieur droit, sur lequel on avait pratiqué, à la fin de 1903, une résection du tronc de la saphène interne, depuis la partie moyenne de la cuisse jusqu'à la partie supérieure de la jambe.)

« Du côté droit, où la veine a été particulièrement réséquée, le tronc primitif de la saphène interne est interrompu

sur une longueur de 25 centimètres environ au niveau de sa partie moyenne; mais s'il est volumineux et ampullaire en quelques points au-dessus de la résection, il est très volumineux, très ampullaire, très irrégulier au-dessous.

« Entre les deux bouts ainsi séparés, la circulation s'est trouvée rétablie par deux voies, l'une antérieure, l'autre postérieure. La voie antérieure se trouve composée à la jambe de gros trones veineux fortement variqueux et malades situés au-devant du segment inférieur du tronc saphénien, c'est-à-dire formant un groupe présaphénien, dont les trones sont très anastomosés entre eux comme avec le tronc saphénien et aussi avec le groupe veineux rétrosaphénien.

« Ces trones présaphéniens montent jusque sous la rotule, où ils donnent naissance à un paquet de veines serpentine, duquel naissent d'autres veines serpentine qui passent, les unes en dedans, les autres en dehors de la rotule et se continuent à la cuisse par de très grosses veines sinueuses et tributaires du segment supérieur du tronc saphénien. La voie postérieure rétrosaphénienne est composée de quelques grosses veines très irrégulières et ampullaires, anastomotiques de l'une à l'autre et aussi avec la saphène externe et le groupe présaphénien.

« Ce groupe rétrosaphénien se continue en haut par une veine un peu moins grosse qu'une saphène normale, sensiblement rectiligne, qui ne paraît pas malade, car son aspect diffère complètement de celui des autres; et elle semble bien être une veine néo formée, *peut-être par l'addition* de segments préexistants et restés sains. En haut, cette veine va déboucher en trois points dans la saphène interne, deux au milieu, un à la crosse. Du groupe rétrosaphénien partent également trois grosses veines ampullaires, qui vont se jeter dans la saphène externe, et sont ainsi anastomotiques entre les deux systèmes.

« D'après ces indications, il est facile de voir que l'opération qui a été faite sur cette saphène interne, c'est-à-dire la résection de 20 à 25 centimètres du tronc de la saphène au

niveau de sa partie moyenne, n'a donné que peu de résultats, sinon pas du tout, au point de vue de la cure des varices. La dissection permet aussi de constater qu'aux veines variqueuses superficielles aboutissent des veines importantes venant de la profondeur. Celles-ci, nombreuses à la jambe et à la cuisse, s'échappent des masses musculaires et traversent leur aponévrose d'enveloppe. Elles sont petites à la cuisse, mais volumineuses à la jambe, où elles sont assez irrégulières et ampullaires. Il est très visible qu'au niveau des points où elles viennent se jeter dans les veines superficielles, celles-ci sont particulièrement renflées et bosselées, comme si elles avaient subi en ces mêmes joints, de la part du sang qui leur arrivait à la faveur des perforantes, une poussée plus grande que partout ailleurs.

« En de nombreux endroits, à la cuisse comme à la jambe, la perforante semble faire « son petit paquet variqueux », en augmentant à son point d'arrivée les sinuosités et les bosselures de la veine superficielle qui la reçoit. Sur le même membre, on voit la saphène externe avec un volume un peu augmenté seulement, mais sur laquelle aboutissent trois troncs veineux très malades, qui l'anastomosent avec le système saphène interne. »

En résumé, on rencontre souvent maintenant dans les services de chirurgie des malades traités autrefois par les résections partielles, qui reviennent avec des récurrences, demander le bénéfice d'une intervention plus radicale. Elle sera la résection totale, opération simple, mais qui demande, outre une technique minutieuse, des soins préparatoires et consécutifs importants. Nous allons maintenant l'étudier.

CHAPITRE III

Technique de la saphénectomie totale.

Cette technique est assez simple ; elle est faite cependant d'une série de détails qui tous ont leur importance.

1° Préparatifs généraux

Le plus souvent on aura à intervenir sur un malade porteur d'ulcère — or, l'ulcère doit être pratiquement considéré comme une plaie infectée — on se comportera en conséquence, c'est-à-dire que durant les jours qui précèdent l'intervention, on y appliquera des pansements humides ; au besoin, on curettera les bourgeons exubérants. Le malade sera en outre mis au lit, pendant quinze jours au moins avant l'intervention, si cela est possible. La veille, le malade va au bain, s'il n'a pas d'ulcère étendu ou lymphangitique ; le membre entier est rasé, brossé et savonné, ainsi que le pubis, le scrotum, la vulve, et ensuite enveloppé dans un pansement aseptique.

2° *Préparatifs immédiats*

Lorsqu'à la peau est intacte partout, sans plaie, sans croûte eczémateuse, le membre inférieur est brossé au savon ordinaire d'abord, puis au savon liquide et enfin nettoyé à l'alcool.

S'il y a un ulcère, il est iodé et isolé sous un pansement spécial stérilisé qui le dépasse en haut et en bas de deux ou trois centimètres. Ce nettoyage est facilité par l'assistance d'un aide aseptique qui tient la jambe soulevée par le talon. Le membre est ensuite posé sur un lit de compresses. Cette désinfection sera plus facile sous anesthésie.

3° *Anesthésie*

Généralement nous employons l'éther et le chlorure d'éthyle mélangés au début, et nous continuons à l'éther seul. Le mélange kélène-éther a l'avantage de procurer la résolution complète en une à deux minutes. Il est absolument inoffensif. (*Méthode Hauger-Drevon, Loire Médicale*, 1906.)

Dans quelques cas, nous avons utilisé l'anesthésie par voie lombaire avec le mélange suivant : cocaïne, 0 gr. 01, stovaïne, 0 gr. 07 pour 1 cent. cube. Après issue de 20 à 25 gouttes de liquide céphalo-rachidien, nous injectons 1 centimètre cube de ce mélange.

On obtient ainsi de bons résultats quand il s'agit de malades jeunes, non impressionnables. Dans un cas, où l'injection ne contenait que de la stovaïne à la dose de

0 gr. 08, nous avons eu un échec d'anesthésie, et on dut achever à l'éther.

Il faut avoir soin, avec la rachicocastovainisation de faire manger les malades le matin et, dès que l'injection est poussée dans le canal médullaire, de faire maintenir le tronc en position légèrement élevée par un coussin.

Nous y avons renoncé chez les sujets âgés qui nous ont paru très sensibles à ce procédé. Ils ont présenté parfois des accidents, en vérité plus ennuyeux que graves, tels que pâleur de la face, rythme respiratoire saccadé ou irrégulier, dépression du pouls, nausées.

Nous n'avons jamais eu de complications graves immédiates ni consécutives. La sensibilité est revenue après trois heures environ.

Ce mode d'anesthésie plaît assez aux malades, car pendant et après l'opération, ils se sentent dans un état normal. La saphénectomie totale nous semble d'ailleurs une indication typique de la rachistovainisation, sous les réserves formulées plus haut. (Chaput, *Presse Médicale*, 1907-1908, et *Société de Chirurgie de Paris*, 1908.)

4° Opération

L'opérateur et ses aides sont masqués et gantés. Les incisions sont faites de haut en bas pour chaque saphène.

a) Dans la *résection totale de la saphène interne*, nous opérons séparément la cuisse et la jambe.

A la cuisse, une incision est menée du triangle de Scarpa au-dessus du bord postérieur du condyle interne du fémur. Elle est faite en deux temps, allant jusqu'au milieu de cette portion de membre d'abord, puis menée

dans la moitié inférieure quand la résection veineuse est terminée au-dessus.

On décrit habituellement comme point de repère supérieur correspondant à la crosse celui situé à trois centimètres au-dessus d'un autre point placé à un doigt en dedans du milieu de l'arcade crurale. On pourra utiliser cette donnée chez les sujets gras. Souvent la veine est visible et on incise sur elle, quitte à débrider ensuite un peu au-dessus.

Une incision rectiligne suffit pour atteindre les collatérales et les saphènes doubles. Parfois il est nécessaire de décoller la peau des tissus sous-jacents, à bien explorer la région. Dans le triangle de Scarpa, l'examen doit être particulièrement minutieux, afin de découvrir s'il existe une collatérale s'abouchant haut dans la saphène, ou encore une saphène double.

Pour cette exploration, il ne nous a jamais paru utile de faire, comme le conseille Tropanow, une incision connexe en bas et dont le sommet descend à six centimètres au-dessous du pli de l'aîne.

La direction de l'incision est légèrement curviligne et concave en avant, comme la veine elle-même. En général, il vaut mieux se laisser guider par le vaisseau. Quelquefois celui-ci est presque postérieur : on le reportera alors en arrière.

Quand la saphène est découverte dans une étendue de 5 à 6 centimètres, on la dénude au niveau du point où elle décrit sa crosse, puis on passe de suite un catgut au-dessus pour la lier solidement et éviter le passage d'un embolus qui pourrait se détacher des réseaux sous-jacents. On incise ensuite son étui cellulo-aponévrotique,

uniquement dans sa paroi externe, et on la voit s'affaisser à mesure pour se réduire à un mince cordon dur où le sang ne passe plus. On la pince et on la sectionne au-dessous de la ligature supérieure et à mesure que l'on descend, on résèque les collatérales le plus loin possible.

Lorsqu'il existe une saphène double ou une collatérale importante parallèle au tronc principal, on les enlève entièrement.

En somme, depuis le triangle de Scarpa jusqu'au genou on explore une bande verticale large de 4 à 5 centimètres. Toutes les veines rencontrées, collatérales ou perforantes, y sont poursuivies le plus loin possible par la dissection, puis réséquées et liées au catgut.

Quand on est arrivé à la partie inférieure de la cuisse, on dénude le tronc même de la saphène aussi loin que possible sous la peau de la face interne du genou, qui n'a pas été incisée et on le lie dans la profondeur, aussi bas que possible vers la jambe. Enfin le tronc est coupé en deçà de la ligature. On l'extirpe avec toutes les pinces placées sur ses collatérales à leur point d'abouchement dans le vaisseau principal.

Toutes les pinces destinées à l'hémostase sont remplacées par des ligatures. Aucun point saignant ne doit rester. L'hémostase doit être excessivement minutieuse.

La réunion est faite aux agrafes de Michel, dont la pose est facilitée en plaçant une pince de Kocher à chaque extrémité de l'incision où elle embrasse les deux lèvres de la peau. Un aide tend ces deux pinces et par elles rapproche les lambeaux cutanés dans toute leur étendue.

Le temps fémoral est terminé. Deux grandes compres-

ses sont placées sur la cuisse et l'on passe à la jambe.

L'incision commence un peu au-dessous de la tubérosité interne du tibia et elle est menée sur la face interne du mollet où l'on s'arrête. Il est inutile, à notre avis, de faire d'emblée l'incision d'un bout à l'autre du segment de membre. Il vaut mieux procéder par roues de 5 à 6 centimètres.

On voit que notre incision ménage entre la cuisse et la jambe, sur la face interne du genou, un pont cutané.

Nous avons pris le parti de laisser cette région intacte après avoir vu, dans deux cas, où le tracé était continu, une ulcération rebelle apparaître au point de la face interne du genou correspondant au pli de flexion cutané. Cette complication ne survint jamais dans les cas où on laissa un peu de peau non coupée.

Cette façon de faire gêne quelquefois un peu, lorsque, ayant découvert le tronc veineux au haut de la jambe, on veut extirper le segment saphénien situé au-dessous du pont de peau. Nous avons déjà recommandé de le disséquer très bas, à la cuisse. On pourra ainsi, en faisant traction, attirer facilement à la jambe le moignon veineux abandonné.

Il nous est arrivé de voir une collatérale, qui s'abouchait précisément dans ce segment, se détacher du tronc principal sous l'effort des tractions et donner un peu de sang. On cherchera à la pincer sous la peau, si cela est possible. Sinon, on fera de la compression pendant quelques minutes, par l'intermédiaire de la peau sus-jacente. Si l'on craignait, à la rigueur, une hémorragie abondante, dans l'hypothèse d'un réseau très variqueux en ce point, il vaudrait mieux laisser 1 ou 2 centimètres de

veine que de faire une incision continue qui, encore une fois, peut donner au point de flexion, par frottement contre le pantalon de l'angle saillant produit, une ulcération gênante et récidivante.

A la jambe comme à la cuisse, on doit suivre approximativement le trajet de la veine. On ne craindra pas, pour isoler et extirper les paquets variqueux, de disséquer la face profonde de la peau sur une certaine étendue. On poursuivra les collatérales à la limite des territoires saphéniens respectifs et on liera aussi profondément que possible les perforantes, aisément reconnaissables à l'abondance du sang que donne leur blessure.

Quelquefois les veines sous-cutanées sont indurées et enflammées. Un processus de périphlébite les a en quelque sorte enchâssées dans le derme. On les disséquera avec soin, sans perforer les téguments.

Lorsqu'on trouve deux gros troncs veineux cheminant à quelques centimètres l'un de l'autre, l'incision passera entre les deux, de façon à bien apercevoir leurs collatérales et affluents.

Quand il n'existe pas d'ulcère, l'incision est prolongée au-dessous de la malléole interne, en passant au-devant d'elle. On arrive ainsi à l'origine de la saphène sur la face interne du pied. Là, elle est liée au catgut et sectionnée.

Lorsqu'il existe un ulcère variqueux, la conduite à tenir varie suivant ses dimensions, suivant son état d'infection, et suivant l'état de la roue ambiante.

Nous avons dit plus haut que dans les jours précédant l'intervention l'ulcère devait être traité par l'iode, le curetage, les pansements aseptiques. Quand son dia-

mètre ne dépasse pas celui d'une pièce de 1 à 2 francs, que la zone de peau qui l'entoure paraît saine, non œdématisée ni cicatricielle, on peut avec avantage le circoncrire par deux incisions elliptiques, le dépassant de 1 centimètre et demi de tous les côtés, et disséquer sa face profonde pour l'extirper entièrement.

Dans les petits ulcères, au début, on voit souvent très bien la bosselure veineuse qui a usé la peau : cette veine nourrice sera toujours recherchée et réséquée.

Il va sans dire que le bistouri, les pinces qui auront eu un contact quelconque avec les surfaces ulcérées, seront mis de côté. En outre l'opérateur, s'étant à nouveau désinfecté les mains, changera de gants.

Toutes ces précautions d'asepsie seront de règle, chaque fois que l'on se trouvera au voisinage d'un ulcère, d'un eczéma, d'un paquet phlébitique, etc. Nous n'y reviendrons pas.

Quand il s'agit d'un grand ulcère, on doit arrêter toutes les incisions à 3 centimètres au moins de ses bords, et à une distance plus grande encore, si la peau ambiante est eczémateuse ou paraît, pour un motif quelconque, suspecte au point de vue de l'asepsie.

Il vaut mieux laisser un segment de veine que de s'exposer à l'infection de la ligne des sutures, complication qui peut avoir de graves conséquences.

La gravité de l'infection n'étonne pas si l'on songe à la quantité de veines que l'on ouvre et qui font alors autant de portes d'entrée microbiennes dans le torrent circulatoire. On n'ignore pas d'ailleurs la terreur qu'inspirait aux chirurgiens de la période préaseptique la chirurgie veineuse. Quelquefois il n'y a pas d'ulcération ni

même d'effraction visible des téguments, mais la peau est indurée, mal nourrie, d'aspect cicatriciel. Il peut s'agir d'anciens ulcères cicatrisés, ou de poussées récidivées d'eczéma variqueux. Il vaut mieux ne pas traverser cette zone qui d'ailleurs, en raison de l'état scléreux du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, ne présente pas habituellement de varices très volumineuses.

Quand on trouve des veines plus ou moins phlébitiques (paquets variqueux indurés, donnant au doigt la sensation de cordons pleins, correspondant à une zone douloureuse au palper), il faut les extirper en bloc et si l'on peut, sans les ouvrir, sauf pour les ligatures excentriques.

Quand on a arrêté son incision au-dessus d'un ulcère, on reprend ensuite la veine au-dessous de lui et on la suit, comme nous l'avons dit précédemment jusqu'au devant et au-dessous de la malléole. Une fois les ligatures terminées, on agrafe les lambeaux.

Lorsque la peau est peu souple, ou que le rapprochement n'est pas très facile, dans le cas d'excision d'un petit ulcère par exemple, on met quelques crins de Florence.

La résection totale de la saphène interne, de ses collatérales et des perforantes qui s'y abouchent est terminée. Une grande compresse protège l'incision jambière et l'on passe à :

b) La résection de la saphène externe.

On peut pour la pratiquer mettre le malade dans le décubitus latéral, ou bien faire élever le membre par un aide aseptique qui soutient le talon ou les orteils.

L'incision cutanée part en haut un peu en dessous du

milieu du pli de flexion poplitée et se dirige obliquement derrière la malléole externe où elle se termine.

On recherche la crosse de la saphène externe, située dans une gaine que forme l'aponévrose jambière postérieure. Elle est entre les deux ventres des jumeaux. On lie la crosse haut, puis, comme pour la saphène externe, on rabat de haut en bas le vaisseau en disséquant et liant aussi largement que possible les branches collatérales, sous les lambeaux cutanés décollés au bistouri. Les perforantes sont de même recherchées. On les trouve surtout vers la naissance du tendon d'Achille.

Enfin hémostase minutieuse et agrafage.

Le pansement consécutif est très important. Il doit protéger parfaitement les incisions, surtout à la racine de la cuisse ; il doit faire de la compression modérée pour parer à l'éventualité toujours possible d'un hématome, enfin il doit être immobilisateur, car des mouvements intempestifs de flexion, au réveil surtout, peuvent désunir les lèvres de la plaie.

Pour cette raison, l'anesthésie est continuée jusqu'à ce que le malade soit pansé complètement.

S'il existe un ulcère, on le touchera à la teinture d'iode et il aura son pansement spécial. Il pourrait, en effet, dans un pansement commun, suinter et porter l'infection à distance. De grandes compresses stérilisées sont chiffonnées autour du membre, du pli de l'aîne aux orteils. A la racine de la cuisse, il est prudent, pour rendre le pansement plus occlusif, de placer une bande de sparadrap caoutchouté, parallèle à l'arcade crurale, et s'étendant de l'épine iliaque antéro-supérieure au milieu du pli génito-crural. Elle recouvrira la compresse la plus

haut placée et ainsi isolera complètement l'extrémité supérieure de l'incision fémorale au cas où le pansement viendrait à lâcher à ce niveau, ou encore s'il était souillé par le malade. On entoure ensuite tout le membre de coton hydrophile stérilisé et une bande de gaze molle peu serrée isole le tout. Par-dessus, on roule à nouveau du coton qui doit prendre le bassin. Enfin quelques bandes de tarlatane amidonnée humide, fortement serrées, rendent le pansement immobilisateur.

Dans les cas où l'on intervient sur les deux membres inférieurs dans une même séance, on peut se contenter d'isoler le membre opéré en premier lieu sous le seul pansement aseptique.

Mais, avant d'intervenir sur le côté opposé, il est différentes précautions à prendre que nous jugeons très importantes. Tout d'abord l'opérateur, s'il y avait un ulcère sur le côté opéré, n'en aura pas fait la toilette lui-même. Il aura confié ce soin à un aide.

En outre, il faut se méfier de la tendance involontaire que l'on a à se relâcher au point de vue asepsie à la fin d'une intervention déjà laborieuse. On redoublera de précautions. Les mains seront à nouveau désinfectées à fond, et surtout, on aura d'autres instruments venant de la stérilisation. Aucun instrument ayant servi à la première intervention ne doit être utilisé à nouveau sans avoir été stérilisé une seconde fois. Il va sans dire que l'on changera de gants.

Si nous insistons sur ces détails qui peuvent sembler exagérés, c'est que nous avons pu apprécier leur utilité. Dans l'obs. XXVII, ce fut la jambe gauche, opérée en deuxième lieu et avec les mêmes instruments, qui fut infectée.

On procédera ensuite au même pansement et on complètera par un spica double.

5° Soins consécutifs

Au cinquième jour, on enlève une agrafe sur deux, et au huitième, on enlève les dernières.

Le malade est condamné au repos absolu au lit. S'il y a un ulcère, il ne doit pas se lever tant que sa cicatrisation n'est pas complète. C'est souvent au lever trop précoce que l'on doit d'avoir un retard de guérison.

Quand il n'y a pas d'ulcère, le lever est permis vers le quinzième jour environ.

Pendant les jours qui suivent l'intervention et tant que les malades restent dans nos salles, nous leur donnons chaque jour de 2 à 4 grammes d'iode de K, les considérant comme des scléreux. Nous avons également l'habitude de faire chaque semaine une injection intramusculaire de 0 gr. 10 de calomel à ceux qui ont eu la syphilis.

Il pourra être indiqué chez les malades dont l'ulcère avait de grandes dimensions et tarde à se combler de hâter la cicatrisation par quelques petites greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch. Nous l'avons fait avec plein succès chez le sujet de l'obs. XXIII.

CHAPITRE IV

Observations.

Les observations n^{os} I et II nous ont été fournies par M. le professeur Jaboulay. Le malade de l'obs. n^o I a été opéré le 20 janvier 1903, c'est-à-dire plus de trois ans avant le mémoire de Terrier et Alglave. C'est, à notre connaissance, la première résection totale pratiquée dans la région lyonnaise.

OBSERVATION I

Il s'agit d'un nommé Cl... Claude, âgé de 55 ans. Il était dans le service du professeur Jaboulay pour une paralysie faciale et une hémianesthésie d'origine traumatique.

Cet homme présentait en outre des varices dans le territoire de la saphène interne.

M. Jaboulay lui fit une résection totale de ce vaisseau et le malade quitta l'hôpital peu après, dans un excellent état et guéri de ses varices.

OBSERVATION II

B... Eugène, 30 ans, entre à Saint-Sacerdos, service du professeur Jaboulay, pour des varices douloureuses.

M. Jaboulay pratique le 13 juillet 1907 la résection totale de la saphène interne. La guérison fut rapide et s'est maintenue complète. Nous avons écrit à cet homme qui nous a donné les renseignements suivants (8 juillet 1908) : les cicatrices opératoires sont souples, non douloureuses ; le membre opéré n'est pas enflé le soir ; il semble moins lourd que l'autre ; enfin la reprise du travail, qui date de six mois, a été ininterrompue depuis. Cet homme est tisseur et exerce son métier dans la station debout.

OBSERVATION III

(VIANNAY. *Loire méd.*, 15 octobre 1907.)

Résection totale de la saphène interne pour phlébite variqueuse

Cette malade fut opérée au Caire, dans l'hiver 1906-1907, par MM. Brossard, chirurgien de l'hôpital français du Caire et Viannay, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne.

C'était une femme de 50 ans, ayant eu de nombreuses grossesses et variqueuse depuis longtemps. Elle portait à la face interne du mollet un amas de varices qui devinrent phlébitiques.

La peau adhéra au paquet veineux thrombosé et rougit ; la température ne dépassa pas 38°. Pendant deux semaines environ, la malade fut traitée par le repos au lit et les applications résolutives, mais elle accusa bientôt des douleurs remontant le long de la face interne de la jambe, suivant le trajet de la veine saphène interne. La palpation de ce vaisseau était nettement douloureuse et permettait de sentir un cordon induré roulant sous le doigt.

Une surveillance attentive et journalière de la malade montra que le cordon en question remontait peu à peu, gagnant environ un centimètre tous les deux ou trois jours : la phlébite gagnait manifestement de proche en proche la saphène interne et atteignait le triangle de Scarpa.

Dès lors, l'indication opératoire parut formelle et nous décidâmes, le Dr Brossard et moi, de pratiquer l'extirpation totale de la saphène interne.

La veine fut sectionnée et liée au niveau de sa crosse ; ses parois étaient épaissies, enflammées et un examen ultérieur montra que la tête du caillot n'était plus qu'à 2 centimètres de l'embouchure de la saphène dans la veine crurale : l'extension de la phlébite à cette dernière veine était donc imminente. J'extirpai la saphène de haut en bas ; au niveau du paquet variqueux enflammé, la peau rouge et adhérente fut extirpée en masse avec les veines thrombosées, sans aucune tentative de dissection. Ainsi fut réalisée du même coup la cure radicale de la phlébite et des varices.

Les suites opératoires furent des plus simples : la réunion eut lieu par première intention et ledit huitième jour, la malade se levait. Les renseignements fournis depuis par le Dr Brossard nous apprennent que le résultat s'est maintenu excellent.

OBSERVATION IV

(PATEL. In thèse de CASTAN.)

Varices du membre inférieur gauche. — Résection totale de la saphène interne.

B... B., garçon de café, 24 ans, porteur depuis trois ans de varices de la jambe gauche, se plaint de lourdeur, pesanteur et fatigue après la marche ou la station debout prolongée. Gêné dans son métier, se décide à une intervention.

A l'examen : cordon dur, du volume du doigt, long de 4 à 5 centimètres à la partie interne et inférieure de la jambe,

à la région moyenne de la cuisse, paquet variqueux, quelques veines dilatées à la face interne de la jambe.

Signe de Trendelenburg positif. Dissection de la saphène dans toute sa longueur et section et ligature des collatérales.

Suites normales. Cicatrice parfaite. Revu quatre mois après, a repris son métier de garçon de café, n'a plus de douleurs.

OBSERVATION V

(PATEL. *Lyon méd.*, 8 mars 1908.)

Résection totale des saphènes interne et externe pour varices et ulcère.

Il s'agit d'un malade qui présentait des varices énormes sur les deux membres inférieurs ; du côté gauche, elles étaient particulièrement développées et il existait à la face externe de la jambe un ulcère volumineux, très douloureux, à bords indurés, sans tendance à la cicatrisation, puisqu'il durait depuis plusieurs années. Le malade avait déjà présenté plusieurs poussées de phlébite qui l'avaient obligé à garder un repos prolongé.

Le 20 mars 1907. — Toute la saphène gauche fut extirpée. Ses parois étaient très épaissies, à la coupe, on aurait cru à une artère. Tous les paquets variqueux furent soigneusement enlevés ; il existait même près du genou un dédoublement de la saphène interne. La saphène externe fut également enlevée, autour de l'ulcère, la dissection fut plus pénible ; on se trouvait en présence d'un véritable tissu caverneux. L'ulcère fut gratté à la curette.

Le 28 mars 1907. — On procéda à l'ablation de la saphène interne, du côté droit, moins atteint que le gauche ; il n'y avait pas d'ulcère, pas de périphlébite trop marquée ; l'intervention put être menée rapidement.

Réunion des incisions par première intention. L'ulcère fut

guéri en un mois et est actuellement complètement cicatrisé (8 mars 1908). Le malade n'a plus de poussées douloureuses ; aucun paquet variqueux n'est revenu. Le résultat est aussi bon que possible.

OBSERVATION VI

(VIANNAY. *Loire méd.* du 15 octobre 1907.)

Varices et ulcère de la jambe gauche. — Résection totale de la saphène interne.

F... Charles, manœuvre, 47 ans, entré dans le service de M. Viannay pour un ulcère de la jambe gauche (2 mai 1907).

Cet ulcère, large comme deux pièces de 5 francs réunies, occupait la face antéro-interne de la jambe dans son tiers inférieur. Ses bords étaient arrondis et nets, son fond atone ; il donnait naissance à un suintement assez abondant.

Il existait à la face postéro-interne de la jambe de nombreuses dilatations variqueuses. La veine saphène interne se dessinait sous la peau dans toute l'étendue de son trajet et présentait de loin en loin des dilatations siégeant sur son tronc même. Les expériences de Trendelenburg étaient positives.

Le 16 mai. Extirpation totale de la veine saphène interne, par une longue incision partant de l'arcade crurale et descendant jusqu'au voisinage de l'ulcère, préalablement désinfecté et recouvert d'un pansement occlusif. La saphène est liée au niveau de sa crosse et sectionnée, puis disséquée de haut en bas, l'hémostase étant faite au fur et à mesure, en liant chaque veine afférente.

Au niveau du mollet, la dissection est un peu étendue, afin d'extirper en même temps que la saphène le plus grand nombre possible de ses affluents variqueux. L'hémostase devient aussi plus complexe à cause du grand nombre des communicantes qu'il faut couper et lier.

Les suites opératoires furent simples. Au sixième jour,

on constata la présence d'une goutte de pus dans la ligne de sutures, au voisinage de l'ulcère ; partout ailleurs, la réunion se fit par première intention. Dès le premier pansement, l'ulcère avait changé d'aspect, son fond complètement détergé était recouvert de bourgeons vivaces et un beau liseré épidermique apparaissait sur les bords.

Bientôt les deux tiers de sa surface furent épidermisés ; on constata alors comme une temps d'arrêt dans la marche de la cicatrisation. Celle-ci se fit néanmoins peu à peu.

Aujourd'hui 17 juillet, elle est complète. Le malade ne s'est pas encore levé, parce que la guérison de son ulcère n'était pas entière, ensuite parce que sa jeune cicatrice ayant été laissée un peu trop tôt sans pansement, s'infecta secondairement au niveau du genou.

Dans cet état, le malade quitta le service sans autorisation. Il dut revenir quinze jours après, l'ulcère s'étant ouvert. Après vingt-cinq jours de lit, il repartit guéri.

A la fin de septembre 1907, la cicatrice opératoire, irritée par le frottement du pantalon à la face interne du genou, devint douloureuse, puis s'ulcéra. L'ulcération remonta au-dessus et au-dessous du genou, le long de la cicatrice, sur une hauteur de 10 centimètres.

Il fut mis au lit et pansé jusqu'au 19 février 1908. Le 29 mars, il quitta l'hôpital pour reprendre son travail. Son membre était alors bien restauré. On ne l'a pas revu depuis.

OBSERVATION VII

(VIANNAY, *Loire méd.* du 15 octobre 1907.)

Varices des deux membres inférieurs prédominantes à droite.

Ulcères. — Résection totale de la saphène interne droite.

Phlycténisation en masse.

V... Jean, 37 ans, entre le 3 juillet 1907. Il souffre depuis longtemps de varices des deux membres, mais plus accusées à droite.

Il y a deux ans apparut un premier ulcère à la face antérieure de la jambe droite. La guérison survint après trois mois d'immobilité et de traitement. Il y a un mois, sans traumatisme ni cause apparente, l'ulcère récidiva à peu près au même point que l'ancien.

A l'entrée dans le service, il existe dans le tiers inférieur de la jambe droite, sur la face antérieure du tibia, deux ulcérations arrondies, profondes, présentant les dimensions de pièces de 2 francs et de 1 franc. Autour et au-dessus d'elles, dans tout le tiers moyen du tibia, la peau amincie et squameuse présentait cette pigmentation brune spéciale, si fréquente sur les membres variqueux.

La veine saphène interne, dilatée dans toute sa hauteur, présentait les signes classiques de l'insuffisance valvulaire et du reflux cardiaque. La peau des jambes, surtout dans sa demi-circonférence antéro-interne du genou aux malléoles, était sillonnée de dilatations variqueuses. En outre, sur la face antérieure, courait une veine dilatée et flexueuse, plus volumineuse que toutes les autres, dont la direction verticale correspondait exactement à celle de la saphène antérieure, (saphena minor de Rémy). Ses bosselures étaient recouvertes d'une peau extrêmement amincie, et dans leur intérieur; on sentait de petits phlébolithes. L'ulcère le plus interne siègeait manifestement sur le trajet de cette veine qui représentait, suivant l'expression d'Ambroise Paré, sa « *veine nourrice* ».

11 juillet. — Résection totale de la saphène interne en procédant de haut en bas. Arrivé au tiers supérieur de la jambe, on abandonne la grande saphène pour suivre la veine flexueuse qui descendait vers l'ulcère, le long de la face antérieure de la jambe. On ne cherche point à isoler ses bosselures, adhérentes à la peau et incrustées dans la face profonde du derme, mais on extirpe, avec la veine, une grande languette losangique de peau adhérente, taillée dans la zone pigmentée et venant jusqu'au voisinage de l'ulcère.

La longue incision fut suturée aux agrafes de Michel, sauf

dans la partie inférieure où la peau, en raison de sa vitalité précaire, eût pu souffrir de la pression des agrafes.

Sept jours après, réunion par première intention, sauf une goutte de pus au niveau des crins inférieurs, dans le voisinage immédiat des ulcères. On put constater en outre que les deux ulcères s'étaient aux deux tiers cicatrisés en l'espace d'une semaine. *Lors de ce premier pansement, existaient à la cuisse, sur la ligne d'incision et à quelques centimètres en dessous d'elle, de nombreuses phlyctènes à contenu citrin, les unes larges comme un pois, les autres comme une pièce de un franc.* Leur apparition n'est probablement pas étrangère à l'excitation produite sur les nerfs superficiels lors de la dissection. C'est là, pensons-nous, une preuve de l'action modificatrice des tissus qu'exerce le tiraillement des filets nerveux. A la fin de la deuxième semaine la cicatrisation des ulcères était complète. Le point qui se réunit en dernier lieu fut la portion la plus élevée de l'ulcère qui était en continuité avec la ligne d'incision. Le malade se reposa encore pendant un mois environ, puis quitta l'hôpital. Nous l'avons revu le 30 juin 1908. La guérison s'était maintenue entière. Il avait repris son travail depuis la sortie et était très satisfait du résultat obtenu.

OBSERVATION VIII

Varices de la jambe droite. — Quatre ulcères variqueux. — Résection totale de la saphène interne et de trois des ulcérations.

M... Jeanne, 45 ans, ménagère, Saint-Etienne. Début apparent des varices il y a dix-sept ans, pendant la cinquième grossesse. Les ulcères ont débuté il y a trois mois. A l'entrée (12 août 1907), on note : un ulcère large comme la paume de la main siégeant à la face postéro-interne de la jambe dans la moitié inférieure ; deux autres plus récents et plus petits (50 centimes et 1 franc), en avant et en dedans du pré-

cèdent, un quatrième sur la malléole interne. Les varices sont très développées à la jambe ; la saphène interne dilatée et flexueuse dans tout son trajet se dessine sous la peau.

16 août. — Anesthésie à l'éther. Résection totale de la saphène interne en deux incisions laissant un pont cutané à la face interne du genou ; on est conduit par un affluent de la saphène sur les deux ulcères les plus antérieurs ; une bosse-lure veineuse sclérosée adhère à leur face profonde. Cette veine et les deux ulcères sont réséqués.

Un peu au-dessous, extirpation d'un volumineux paquet sous-aponévrotique dans lequel viennent se jeter quatre communicantes qui sont liées. L'extirpation de la partie inférieure de la saphène conduit sur l'ulcère de la malléole interne qui est aussi réséqué.

On n'excise pas le grand ulcère, on se borne à extirper une veine, anastomose transversale entre les deux saphènes, qui partant de la saphène interne, vient adhérer à la face profonde et qu'on résèque jusqu'au centre de l'ulcère.

Curage de la surface bourgeonnante ; agrafes de Michel ; pansement avec des bandes gommées.

11 septembre 1907. — Il y a réunion per primum des incisions.

La surface du grand ulcère s'est réduite des deux tiers ; il y a une petite surface bourgeonnante sur l'ulcère de la malléole interne. Autres petits bourgeons au niveau de la ligne d'excision des deux ulcères antérieurs.

21 septembre 1907. — La malade quitte l'hôpital sans autorisation, le grand ulcère étant encore incomplètement cicatrisé.

20 décembre 1907. — La malade est revenue se faire panser régulièrement, mais elle n'a pas cessé de marcher. Elle présente actuellement trois ulcères : le grand, réduit de moitié, une autre sur la face antéro-interne du tibia et un tout petit sur la malléole interne.

30 juin 1908. — Convoquée par nous, elle revient montrer sa jambe. Elle conserve trois ulcères à droite et se traite

empiriquement par des pommades diverses. Elle continue sa profession de ménagère.

Nous pouvons, au sujet de cette malade, croire que l'insuccès ne peut être attribué à la méthode, puisque, très indocile, elle a quitté le service avant la cicatrisation parfaite et ne s'est pas mise au repos chez elle.

OBSERVATION IX

Varices et ulcères variqueux unilatéraux. — Saphénectomies interne et externe.

P... Rosine, femme A..., 34 ans, ménagère, Saint-Etienne, entrée au 1 CD, le 6 août.

Début apparent des varices, il y a 13 ans. Il y a 5 ans, ulcère derrière la malléole externe. Depuis, l'ulcère s'est cicatrisé momentanément à plusieurs reprises, mais il a constamment récidivé. Un an après, apparition d'un autre ulcère à la face interne du mollet. Même évolution.

Etat actuel. — L'ulcère malléolaire externe est à peu près cicatrisé. Celui de la face interne de la jambe est large comme la paume de la main et entouré d'une zone pigmentée et cicatricielle. Varices apparentes à la face postéro-interne.

A la jambe, la saphène interne ne se dessine pas sous la peau (femme grasse). Nombreuses varicosités intradermiques.

Intervention le 13 août. Ether. Saphénectomie totale en deux incisions. La saphène interne est petite, peu sclérosée. Au-dessous du genou, elle devient plus flexueuse et dilatée. Un affluent transversal sinueux et ectasié se dirige vers l'ulcère interne. On le résèque avec l'ulcère à la face profonde duquel il adhère. Résection de la saphène externe en partant de l'ulcère externe. Celle-ci est très sclérosée et dilatée. Elle reçoit un peu au-dessus de l'ulcère malléolaire un affluent transversal venant du paquet variqueux de l'ulcère interne. On la résèque jusqu'au creux poplité. Agrafes.

Réunion per primum.

3 février 1908. — La malade a quitté le service dans les premiers jours d'octobre, son ulcère interne n'étant pas complètement cicatrisé. Elle a repris de suite sa vie active et a continué à venir se faire panser. Cet ulcère se cicatrise fin janvier.

25 mars 1908. — La guérison complète s'est maintenue. Il subsiste un léger œdème pré tibial, ne gênant nullement la marche.

30 juin 1908. — La malade revient convoquée par nous.

L'ulcération est complètement fermée. Elle ne s'est jamais ouverte depuis la fin de janvier 1908.

Cette femme travaille debout tout le jour et n'est nullement incommodée.

Toute sensation de pesanteur dans la jambe a disparu.

En somme, dix mois et demi après l'opération, le résultat se maintient excellent.

OBSERVATION X

Varices du membre inférieur gauche. — Ulcères de date ancienne. — Résection des saphènes interne et externe. — Excision de l'ulcère.

J... Alfred, 45 ans, voiturier, Saint-Etienne. Le malade dit avoir des varices compliquées d'ulcération, depuis l'âge de 18 ans. La première plaie de jambe serait apparue à cette époque à la suite d'une fièvre typhoïde. Depuis, alternative de guérison et de réouverture de l'ulcère.

A l'entrée, 20 août 1907, il existe à la jambe gauche des bosselures variqueuses très développées sur toutes les faces. La saphène interne est dilatée dans toute sa hauteur.

Au tiers inférieur de la jambe, face externe, est une ulcération large comme une pièce de 5 francs, qui aurait débuté il y a trois semaines seulement.

24 août. — Intervention. Ether.

Résection totale de la saphène interne en deux incisions

séparées par un pont cutané au niveau du condyle interne. Le vaisseau, simplement dilaté au-dessus du genou devient scléreux plus bas ; aucune de ses collatérales ne conduit sur l'ulcère.

On extirpe alors la saphène externe qui est flexueuse et indurée et dont aucune collatérale non plus n'aboutit à la plaie.

Après réunion des incisions, excision de l'ulcère à sa face profonde. On ne trouve pas de gros paquet variqueux sous-jacent, mais seulement à sa périphérie, trois veinules intra-dermiques, scléreuses et béantes à la coupe.

18 septembre. — Cicatrisation par première intention des incisions opératoires. Une surface bourgeonnante, que l'on traite par le crayon de nitrate d'argent, subsiste au niveau de l'ulcère excisé.

9 juillet 1908. — Le malade est revu, complètement guéri depuis sa sortie.

OBSERVATION XI

Varices de la jambe droite. — Ulcère datant de six ans. — Résection totale de la saphène interne et du tiers supérieur de la saphène externe.

R... Jean, 48 ans, terrassier, a depuis de nombreuses années des varices qui débutèrent au mollet droit. Il y a six ans, à la même jambe, face antéro-interne, apparut un ulcère qui eut quatre guérisons et quatre récives après quelques semaines de repos et de pansements. Au mois d'août, il entre dans le service et par le repos, son ulcère se ferme. Le malade demande une intervention qui est pratiquée le 5 septembre. On note alors des varices volumineuses à la face interne et postérieure de la jambe droite. Il n'en existe pas au-dessus du genou, mais la palpation fait sentir la saphène interne dilatée.

Elle est extirpée totalement en deux incisions dès la racine

de la cuisse, elle apparaît très volumineuse et scléreuse au-dessous du genou ; on résèque de nombreux paquets variqueux, dont deux principaux, développés sur des collatérales et adjacents à la veine.

Il existe quelques amas plus petits sur la face postérieure du mollet. Pour cette raison, on extirpe le tiers supérieur de la saphène externe, d'ailleurs très peu scléreuse. En recherchant ce vaisseau, on rencontre des varicosités superficielles, sus-aponévrotiques et on en fait l'ablation. Elles se dirigent vers la saphène interne, sur le système de laquelle, en somme, prédominent les lésions.

27 septembre. — Réunion per primum. Il y a eu un peu de phlébite aseptique localisée à deux bosselures veineuses sous-cutanées du mollet.

30 juin 1908. — Le malade revient se montrer. L'ulcère ne s'est jamais rouvert depuis l'opération. Le résultat se maintient excellent depuis dix mois. Les cicatrices sont souples. Le malade travaille sans fatigue.

OBSERVATION XII

Varices datant de plus de dix ans. — Premier ulcère il y a huit ans et nombreuses récidives. — Saphénectomie interne et externe.

P... Jean, 31 ans, menuisier. Début ancien des varices. Le malade fut versé dans le service auxiliaire à cause d'elles. Il y a huit ans, apparut le premier ulcère qui persiste depuis avec alternatives de cicatrisation incomplète et d'aggravation.

29 septembre 1907. — On note (jambe droite) : ulcération de la dimension d'une surface de main, empaumant la face postérieure de la jambe, au-dessous de la saillie du mollet.

Au niveau du mollet, face postéro-interne, existent des varices très développées. Les bosselures remontent à la cuisse, le long de la saphène. L'anastomose supérieure intersaphé-

nienne est très flexueuse et dilatée. A la jambe gauche, quelques varices.

3 octobre. — Saphénectomie en deux incisions. La saphène interne est extirpée de haut en bas. A la partie inférieure de la cuisse, se branche sur la veine un gros affluent bosselé et variqueux. Il se rend à la partie inférieure du creux poplité. On le retrouve par l'incision jambière que l'on fait courbe et à lambeaux, de façon à découvrir les nombreuses varices de la partie supérieure du mollet. La résection du tronc principal est arrêtée un peu au-dessus de la plaie et reprise au-dessous, au-devant de la malléole interne, sur une étendue de 4 centimètres.

A la face postérieure, une incision médiane faite au-dessus de l'ulcère permet d'extirper un segment de saphène externe sclérosé et variqueux.

15 novembre. — Le malade quitte le service, son ulcère étant très diminué.

Il n'a pu être revu par la suite.

OBSERVATION XIII

Varices et ulcère sur le territoire de la saphène interne. — Pas de reflux cardiaque. — Résection de la saphène interne.

Th... Firmin, 36 ans, mineur.

Le malade entre pour un ulcère de jambe récidivé depuis trois semaines et apparu pour la première fois il y a deux ans et demi.

On note : zone pigmentée et squameuse en manchette, occupant le tiers inférieur de la jambe ; de coloration moins foncée sur la face externe. Nombreuses varices assez développées sur la face postéro-interne. La saphène interne est dilatée et très apparente sous la peau.

Insuffisance valvulaire incomplète ; pas de reflux cardiaque.

Intervention le 19 septembre 1907.

Réséction totale de la saphène interne. On s'arrête à deux travers de doigt de l'ulcère. En ce point, commence la zone pigmentée et la peau y est infiltrée, semblant de mauvaise qualité. C'est pour cette raison qu'on ne tente pas la résection de l'ulcère, que ses dimensions rendraient possible. Audessous de l'ulcère, la saphène est réséquée jusqu'à son origine.

9 octobre. — Réunion per primum. L'ulcère bourgeonne et sa surface s'est réduite déjà des deux tiers.

Le malade n'a pu être retrouvé dans la suite.

OBSERVATION XIV

Varices bilatérales. — Ulcère à gauche. — Résection de la saphène interne gauche.

B... Marie, 44 ans, passementière, Saint-Etienne. Entre le 30 septembre 1907. Célibataire, pas de grossesse.

La mère et les frères de la malade sont variqueux. Elle-même travaille debout toute la journée. Les varices ont débuté il y a nombre d'années. Premier ulcère à la jambe gauche il y a dix ans. Il se cicatrisa assez vite ; récidive trois ans après ; depuis, il ne s'est jamais complètement fermé.

On note : à gauche, volumineuses varices de la face postéro-interne de la jambe ; plus haut, varicosités intradermiques et à la racine de la cuisse, groupe variqueux saillant.

Petit ulcère de la face externe sur la jambe ; à la face interne, ulcération large comme une paume de main, à bords polycycliques, taillés à pic, avec, au centre, petit îlot cutané.

8 octobre. — Intervention. Ether. La saphène interne gauche est réséquée jusqu'à deux travers de doigt de l'ulcère. A la partie supérieure du mollet, face postéro-interne, un gros affluent de la saphène conduit sur un paquet variqueux phlébitique que l'on extirpe. On ne touche ni la saphène externe, ni l'origine de la saphène interne devant la malléole.

8 novembre. — Réunion per primum des incisions opératoires, cicatrisation de l'ulcère aujourd'hui complète.

15 mars 1908. — La guérison s'est maintenue entière.

21 juin 1908. — La malade revient convoquée par nous ; elle a repris son travail cinq mois après l'opération, sans être incommodée. Elle travaille tout le jour dans la station debout.

L'ulcère ne s'est jamais ouvert. Actuellement, existe à son niveau une cicatrice solide. Il n'y a plus de varices.

Le soir, apparaît un léger œdème du pied, non douloureux.

La malade se déclare très satisfaite du résultat et surtout de la guérison de son ulcère qui la rendait impotente depuis plus de dix ans.

OBSERVATION XV

Varices à gauche depuis huit ans. — Premier ulcère il y a quatre ans. — Récidives. — Résection totale de la saphène interne.

S... Adrien, 50 ans, mineur, entré le 30 septembre 1907.

Le malade a depuis huit ans des varices à la jambe gauche seulement. Le premier ulcère date de quatre ans. Depuis, récidives subintrantes. On note : pigmentation brune en manchette de la jambe dans toute la moitié inférieure. Varices volumineuses prédominant à la face postéro-interne. La saphène interne est dilatée, visible et tangible. Au tiers inférieur de la jambe, face interne, ulcère large comme une paume de main.

15 octobre. — Après quinze jours de repos au lit, le malade, dont l'ulcération a été désinfectée et qui est améliorée, accepte l'intervention.

Résection totale de la saphène interne en deux incisions. L'incision de la jambe est interrompue au niveau de la zone pigmentée et reprise sur une étendue de 5 centimètres au-devant de la malléole interne.

30 octobre. — Cicatrisation complète de l'ulcère et des deux

incisions. Au tiers inférieur de la cuisse, petit hématome soulevant la ligne de suture.

20 novembre. — Le malade complètement guéri demande à partir.

Il n'a pu être retrouvé ultérieurement.

OBSERVATION XVI

Varices du membre inférieur gauche survenues après une fièvre typhoïde. — Plusieurs ulcères. — Résection de la saphène interne.

B... Eugène, 27 ans, terrassier.

Le malade n'avait aucune varice quand il passa l'examen du conseil de revision. Etant en Algérie, au service militaire, il contracta la fièvre typhoïde. A sa suite, survinrent des varices nombreuses et volumineuses au membre inférieur gauche. Il fut réformé à cause d'elles.

Il y a un an et demi apparurent quatre ulcères qui se succédèrent à bref intervalle.

A l'entrée, 21 octobre 1907, on remarque : pigmentation étendue de la peau sur la face antérieure de la jambe ; deux cicatrices arrondies et pigmentées, du diamètre d'une pièce de 1 franc, l'une face postéro-interne, l'autre face antéro-externe de la jambe. En outre, ulcère en évolution sur la crête du tibia au tiers inférieur et un autre un peu plus en dedans.

Au niveau du mollet existent de très nombreuses varices.

A la cuisse, au-devant de l'origine de la saphène, un volumineux paquet variqueux soulève la peau.

La saphène interne est très dilatée dans tout son trajet. Elle ne présente pas de reflux cardiaque.

26 octobre. — Résection de la saphène interne. On doit en laisser 5 centimètres environ à la partie moyenne de la jambe, dans le tissu pigmenté. La résection se fait en trois incisions, l'incision moyenne se bifurquant à la racine du mollet pour suivre deux troncs veineux distincts.

En outre, une quatrième incision est faite pour réséquer une grosse veine antérieure allant dans la direction de l'ulcère supéro-interne et courant sur la face antéro-interne du tibia.

La cicatrisation des ulcères fut très rapide et au milieu de novembre, la guérison était complète.

On n'a pu revoir le malade en 1908.

OBSERVATION XVII

Varices bilatérales. — Ulcères, ancien à la jambe droite, actuel à la jambe gauche. — Saphénectomie interne, partielle à droite, totale à gauche.

L... Marguerite, 35 ans, domestique Saint-Etienne.

Entre le 5 novembre 1907.

Premier ulcère il y a dix ans, à droite, et depuis deux récidives.

Actuellement : varices du mollet et nombreuses varicosités dermiques et sous-dermiques des deux jambes. Pas de gros paquet visible, (malade adipeuse).

Ulcère à la face interne de la jambe gauche ; à la jambe droite, vers le tiers inférieur de la face antéro-externe, on note deux cicatrices d'ulcères fermés depuis trois ans.

15 novembre. — Intervention. Ether. La saphène interne, entièrement à gauche, partiellement à droite (cuisse et jambe) est réséquée suivant la technique habituelle.

Réunion per primum.

Fin février 1908. — Pas de plaies, mais les jambes enflent facilement. Cette femme n'a pu encore faire de travaux pénibles.

24 juin 1908. — La malade a recommencé à travailler, il y a deux mois seulement ; jusque-là, elle s'est reposée ; elle n'aurait pas pu, dit-elle, faire des travaux pénibles.

Elle n'a plus eu d'ulcères ni à l'une, ni à l'autre jambe. On constate quelques varicosités intradermiques disséminées sur les deux jambes et quelques varices sous-cutanées, principalement à la face externe. Les jambes sont enflées le soir, dit

la malade, autant l'une que l'autre. Le matin, on constate un très léger godet pré-tibial. Les cicatrices sont souples, indolores, non chéloïdiennes. En somme, bon résultat au point de vue des ulcères, se maintenant sept mois après l'intervention.

OBSERVATION XVIII

Varices très développées des deux membres. — Plusieurs ulcères variqueux. — Troubles trophiques très accusés, donnant aux jambes l'aspect éléphantiasique. — Saphénectomies interne et externe, totales à gauche, partielles à droite.

B... Pierre, 37 ans.

A eu, il y a douze ans, une maladie aiguë indéterminée, à la suite de laquelle il aurait gardé pendant quelque temps de l'œdème des jambes.

Il y a huit ans, apparition simultanée (?) des varices et des ulcères. Ces derniers apparurent d'abord à la jambe droite et six mois après, à gauche. Depuis lors, il y a toujours eu au moins un ulcère en évolution.

Récemment apparut un œdème très marqué des deux jambes.

A l'entrée, 23 octobre, on note : aspect éléphantiasique des jambes, grosses saphènes très dilatées, perceptibles à la palpation et très nombreuses varicosités sans gros paquet.

Il est rare de voir les deux membres inférieurs aussi criblés de varices.

Double adénopathie inguinale gauche.

12 novembre. — Intervention.

A gauche : extirpation totale de la saphène interne, interrompue seulement au voisinage de l'ulcère interne dans la zone pigmentée. Extirpation des deux tiers supérieurs de la saphène externe.

A droite : résections partielles de la saphène interne (triangle de Scarpa, tiers inférieur de la cuisse, tiers supérieur de

la jambe). Extirpation de 5 centimètres de saphène externe à son embouchure. Ce dernier vaisseau est énorme et sclérosé.

6 décembre. — La cicatrisation des incisions et des ulcères s'est faite presque en même temps. Elle est complète à droite et à gauche.

15 décembre. — Le malade s'est levé trop tôt et l'ulcère externe de la jambe droite s'est réouvert.

3 février. — On revoit le malade. La jambe gauche est guérie. A droite, il y a deux ulcères.

30 juin 1908. — On revoit le malade.

Il y a eu amélioration considérable au point de vue de l'œdème, surtout à gauche. Néanmoins, il persiste des ulcères, peu étendus et superficiels, mais bilatéraux. Le membre inférieur droit présente encore de nombreuses varices.

Les deux côtés, la peau des jambes est sur une grande étendue, indurée, d'aspect éléphantiasique.

Il rentre à nouveau dans le service.

L'étendue et la gravité des troubles trophiques est sans doute chez ce malade la cause de l'insuccès. A noter que les varices et les ulcères étaient apparus à l'âge de 25 ans, après une maladie aiguë. A remarquer aussi la diffusion des lésions qui portent sur tous les réseaux veineux, troncs, collatérales et veinules. Il doit exister des varices profondes, accusées. Du côté où la résection fut totale, il y a certainement une diminution considérable de l'œdème.

OBSERVATION XIX

Varices des deux membres. A droite, ulcère grave datant de trente ans. — Saphénectomie interne et externe.

J... Jean, 58 ans, mineur. Entre le 9 décembre 1907.

Jambe droite. — L'ulcère a débuté, il y a trente ans et ne s'est jamais cicatrisé. Depuis dix ans, ses dimensions ont augmenté.

Actuellement, il est large comme une paume de main envi-

ron et tend à faire le tour de la jambe ; il occupe à la surface antéro-interne tout le tiers moyen et empiète sur le tiers inférieur. Au niveau du mollet et de la face interne du genou sont des varicosités très développées. La saphène est perceptible jusqu'au milieu de la cuisse.

Jambe gauche. — Petit ulcère (5 francs) sur la face antéro-interne du tibia, tiers moyen, et nombreuses varices, dont une plus développée chemine obliquement sur la face interne de la jambe et va directement à l'ulcère. Les bords de ce dernier sont moins surélevés et moins taillés à pic que ceux de l'autre jambe.

17 décembre. — Intervention.

Jambe droite. — Extirpation de la saphène interne, subtotale, car on doit s'arrêter un peu au-dessus de l'ulcère.

Réséction de la saphène externe dans ses trois cinquièmes supérieurs. Elle est énorme et scléreuse. Pour arriver sur elle, on rencontre plusieurs petites varices sous-cutanées qui sont sectionnées ou réséquées.

Jambe gauche. — Réséction partielle de la S. I. dans le triangle de Scarpa, sur une étendue de 5 centimètres et dans le tiers supérieur de la jambe, où l'on extirpe également la veine qui va sur l'ulcère.

8 janvier 1908. — Cicatrisation complète des incisions.

Le grand ulcère s'est peu réduit par l'épidermisation, mais son fond et ses bords se sont exhaussés.

A gauche, il ne reste qu'une petite croûte au centre de l'ulcère qui est presque guéri.

On propose au malade des greffes d'Ollier-Thiersch, mais il refuse et quitte le service. On ne l'a pas retrouvé depuis.

OBSERVATION XX

Ulcères anciens de petite dimension. — Varices sous et intra-dermiques. — Réséction totale de la saphène à droite par une incision unique. — Petite ulcération consécutive, sur

la cicatrice opératoire, au niveau du pli de flexion, face interne du genou. — Résection partielle de la S. I. à gauche.

D... Auguste, 42 ans, veilleur.

Le malade ignorait qu'il eût des varices ; en mars 1907, apparurent les premiers ulcères et en même temps, plusieurs abcès ayant laissé des cicatrices ecchymateuses. Quelques-uns de ces abcès laissèrent eux-mêmes des ulcères peu étendus qui se fermèrent au bout de deux mois.

A l'entrée, 27 novembre 1907, on note : petites varices sous et intradermiques peu volumineuses, dont quelques-unes creusent dans le derme un canal perceptible à la palpation. Les saphènes ne sont pas très dilatées. On fait à droite la saphénectomie interne totale par une incision unique allant du triangle de Scarpa à la malléole.

A gauche, résection partielle dans le triangle de Scarpa et au tiers inférieur de la cuisse.

27 décembre. — Guérison complète. Tous les ulcères sont cicatrisés et le malade quitte le service. Pendant quelque temps, une petite croûte a persisté sur la ligne de suture, au pli de flexion, face interne du genou.

28 février 1908. — Le malade rentre à nouveau parce qu'il souffre dans la jambe droite. On constate que les masses musculaires postérieures de la cuisse sont douloureuses et indurées (phlébite intramusculaire). Une petite ulcération s'est ouverte sur la ligne d'incision, au point où avait persisté une croûte.

3 avril. — Sous l'influence du repos au lit, l'induration de la cuisse a disparu. L'ulcère persiste au pli de flexion.

Depuis un mois, un ulcère, semblable aux anciens, est apparu sur la face antérieure de la jambe et s'est cicatrisé en huit jours. Un réseau veineux nouveau est devenu apparent sur la face antéro-externe de la région du genou.

25 juin. — Guérison complète. Plus d'ulcération. Le malade a repris sa profession depuis deux mois.

Chez cet homme, on avait fait une incision unique et une

cicatrice chéloïdienne s'était développée sur son trajet, à la face interne du genou, au niveau du pli de flexion cutané.

Le même fait est arrivé au malade de l'observation I de Terrier et Alglave.

Cette chéloïde est due au frottement du pantalon contre l'angle cutané saillant. Elle est douloureuse et tenace et exige une excision secondaire.

Depuis ce cas, nous laissons une bande de peau intacte en dedans de l'articulation, et la saphène est disséquée au-dessous d'elle.

OBSERVATION XXI

Varices et eczéma variqueux ulcéré de la jambe droite. — Résection subtotale de la saphène interne qui est double. — Suppuration due à l'infection de la ligne de suture, près des ulcères. — Réunion par seconde intention.

M... Antoine, 59 ans, terrassier, entre le 7 décembre 1907.

Début apparent des varices il y a environ huit ans ; il y a trois ans, premier ulcère qui ne se cicatrisa que pour faire place à d'autres.

Actuellement, il y a huit ulcères développés sur une zone d'eczéma variqueux occupant les deux tiers inférieurs de la jambe, sur les faces interne et externe.

12 décembre. — Saphénectomie subtotale en deux incisions. Dans le triangle de Scarpa, on trouve deux petites saphènes ni dilatées, ni scléreuses. On les résèque jusqu'au bord supérieur de la zone eczémateuse, en laissant un segment dans le cinquième inférieur de la cuisse.

3 mars. — La ligne des sutures s'est infectée au voisinage de l'eczéma et la suppuration a gagné l'incision crurale. On a désuni les lèvres des incisions, fait de grands lavages, et attendu la réunion par seconde intention qui est actuellement complète à la cuisse.

A la jambe, amélioration très nette de l'eczéma, mais il

reste sur les faces antérieure et interne deux petits ulcères qui, d'ailleurs, bourgeonnent activement.

OEdème de la jambe malgré le repos au lit. Léger œdème pré tibial de la jambe opposée.

20 juin 1908. — Il reste sur la crête tibiale une petite ulcération large comme une pièce de 50 centimes, au milieu de la zone eczémateuse qui persiste, mais sèche, et en somme, améliorée. A la cuisse, large cicatrice solide et non douloureuse.

L'infection s'est produite, dans ce cas, par le voisinage de l'eczéma, impossible à désinfecter. On doit en conclure qu'il faut isoler ces surfaces septiques dans un pansement spécial, immédiatement après l'intervention, et que la ligne d'incision doit en rester distante d'au moins 3 centimètres.

OBSERVATION XXII

Ulcères de jambe depuis plus de trois ans. — Syphilis datant de dix-huit ans. — Résection des deux saphènes interne et externe.

Ch. Jullien, 46 ans, mineur.

Le malade n'a constaté des varices que depuis quatre à cinq ans (?). Il y a dix-huit ans, séjour à l'Antiquaille pour un chancre et, peu après, une ulcération à la jambe gauche. On le traite par l'iodure et il guérit rapidement. Depuis lors, des ulcères réapparurent à différentes reprises.

Depuis deux ans, le malade garde une série d'ulcères qui se cicatrisent et s'ouvrent tour à tour dans une zone occupant les trois cinquièmes inférieurs de la jambe.

A l'entrée, 16 décembre 1907, on note :

Zone de dermite variqueuse au centre de laquelle sont plusieurs ulcérations suintantes ou croûteuses à bords arrondis polycycliques.

21 décembre. — Résection subtotale de la saphène interne. On trouve dans le triangle de Scarpa, une saphène unique

résultant de la réunion de deux veines dont la jonction se fait vers la pointe du triangle. On les dissèque isolément. Elles sont flexueuses et variqueuses jusqu'au tiers supérieur de la jambe. En ce point, on interrompt la dissection pour ne point traverser la zone eczémateuse et l'on résèque 5 centimètres de saphène au-devant des malléoles.

Réséction de 10 centimètres de saphène externe. Celle-ci est peu volumineuse et peu scléreuse, mais en incisant pour la trouver, on rencontre une veine sous-cutanée très flexueuse que l'on extirpe dans le champ de l'incision.

3 janvier 1908. — On a fait au malade, à huit jours d'intervalle, deux injections de calomel de 0 gr. 10. Cicatrisation complète.

N'a pu être revu plus tard.

Dans cette observation, les ulcères semblent dépendre et de la syphilis et des varices. Nous avons agi contre les deux causes, par la suppression de l'élément vasculaire et par le mercure.

OBSERVATION XXIII

Varices bilatérales et ulcère à droite. — Intervention partielle à droite il y a deux ans. — Saphénectomie interne totale. — Saphène double. — Greffes d'Ollier-Thiersch sur l'ulcère récidivé.

Ch... Pierre, 40 ans, briquetier, entré le 31 décembre 1907.

Les varices existaient depuis dix ans à la jambe droite et depuis six ans à la gauche.

Il y a deux ans, M. Martel, chirurgien des hôpitaux, pratiqua l'extirpation d'un volumineux paquet variqueux à la face postéro-interne du mollet droit.

L'ulcère apparut, il y a trois mois seulement à la suite d'un choc sur la face antérieure de la jambe.

Actuellement :

A droite, varices très développées au mollet. La saphène interne est sensible à la palpation et modérément dilatée.

2 janvier 1907. — Résection totale de la saphène interne qui est double à partir du tiers moyen de la cuisse.

21 février. — Ulcère aux deux tiers comblé.

Fin avril. — Tout est cicatrisé et le malade sort.

7 mai. — Le malade rentre avec une récurrence. Trois ulcérations se sont développées dans la zone cicatricielle de l'ancien ulcère sur la face antérieure du tibia.

16 mai. — Après quelques jours de pansements humides pour désinfecter et déterger la plaie, on pratique aujourd'hui trois greffes d'Ollier-Thiersch, après ablation à la curette des bourgeons charnus.

16 juin. — Excellent résultats des greffes. Il reste une surface dénudée de la largeur de 50 centimètres.

30 juin 1908. — Cicatrisation complète. Le malade se lève.

OBSERVATION XXIV

Varices des deux membres inférieurs. — A la jambe droite : ulcère. — Saphénectomie interne totale à droite et résection de l'ulcère.

P... Delphine, 40 ans, ouvrière en soie.

Début apparent des varices il y a vingt ans, pendant la deuxième grossesse. Aggravation progressive au cours des sept grossesses qui suivirent.

L'ulcère a commencé il y a huit ans. Depuis, alternatives de cicatrisations et de récurrences.

A l'entrée, le 3 janvier 1908, on note :

Varices des deux membres inférieurs assez volumineuses.

A droite, saphène dilatée, visible et perceptible sur toute sa hauteur. Il existe un petit ulcère croûteux de la malléole interne, un peu en arrière d'elle. Il est nettement entretenu par un carrefour variqueux légèrement postérieur à la saphène interne.

4 janvier. — Saphénectomie interne totale, avec incision non continue au genou. Anesthésie à l'éther.

De la saphène interne, en face du carrefour veineux de l'ulcère, part une veinule se jetant en plein dans ce même carrefour qui comprend : 1° une grosse bosselure adhérente à la peau ulcérée ; 2° trois collatérales affluentes superficielles ; 3° une communicante venant de la profondeur. L'ulcère est réséqué.

24 janvier. — Cicatrisation complète per primum. La malade quitte le service.

30 juin 1908. — Nous convoquons la malade. Il n'existe plus d'ulcère et la guérison des varices est complète. Sa jambe, dit-elle, est plus légère que l'autre, qu'elle veut faire opérer aussi. Cicatrices souples. Elle travaille sans gêne aucune.

Ce résultat est remarquable, si l'on considère que la malade est sortie complètement guérie vingt jours après son entrée à l'hôpital. A noter que l'ulcère avait été excisé et que l'incision était discontinue à la face interne du genou.

OBSERVATION XXV

Varices bilatérales. — Ulcères des deux jambes sur la malléole interne. — Saphénectomie interne : totale à gauche, partielle à droite.

M... Victoire, femme C..., 45 ans, passementière, Saint-Etienne.

Entre le 8 janvier 1908, au pavillon 1 CD, hôpital Bellevue.

A eu trois grossesses.

Début apparent des varices pendant la deuxième, il y a dix ans ; elles s'accrurent notablement pendant la troisième.

Il y a huit ans, apparition de vives démangeaisons à la jambe droite, en arrière de la malléole interne. La malade se gratta. Ce fut le point de départ de son ulcère.

A la jambe gauche, en un point symétrique, début analogue d'une petite ulcération.

A l'examen, on constate, à droite et à gauche, varices volumineuses.

A la jambe gauche, elles sont développées surtout le long de la saphène interne. De ce même côté, entre la malléole interne et le tendon d'Achille, existe une zone pigmentée, brun foncé, et, à son centre, un petit ulcère à bords nets, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. En avant de cette zone, derrière et sous la pointe de la malléole, on sent un paquet variqueux avec phlébolithe.

A la jambe droite, lésion symétrique.

9 janvier. — Intervention. Ether.

A gauche. — Saphénectomie interne totale en deux incisions, avec interruption au niveau du pli de flexion.

A droite. — Saphénectomie interne partielle seulement, à la racine de la cuisse et au tiers supérieur de la jambe.

Agrafes. Pansement habituel.

29 janvier. — Il y a eu réunion per primum de la plaie opératoire. L'ulcère de la jambe gauche est réduit aux dimensions de la moitié d'une pièce de 50 centimes.

30 juin 1908. — Convoquée, la malade dit avoir repris son travail sans interruption depuis trois mois, c'est-à-dire depuis la cicatrisation complète des ulcères. Le trajet des incisions est souple. Actuellement, leur cicatrice est solide, non douloureuse. Il n'y a jamais d'œdème le soir.

La malade est très satisfaite.

OBSERVATION XXVI

Varices. — Ulcère de la saphène interne. — Saphénectomie totale sous rachicocastovainisation.

J... Etienne, cocher, 31 ans, entre le 13 janvier 1908.

Dit avoir toujours souffert de varices.

Mère atteinte également de varices congénitales non compliquées.

Un ulcère apparut, il y a six ans, à la suite d'un coup de pied de cheval. Il a été pansé régulièrement.

En 1907, il fit un séjour dans le service du docteur Blanc, chirurgien des hôpitaux. Là, grâce au repos au lit, il y eut cicatrisation en cinq semaines ; mais une récurrence se fit au bout de cinq mois.

Actuellement : à droite, varices très développées ; saphène interne dilatée dans toute sa hauteur ; ulcère large comme une paume de main dans le tiers inférieur, face interne.

À gauche, quelques petites varices sur le mollet et la face postérieure de la cuisse.

1^{er} février. — Le malade a gardé le lit depuis son entrée et l'ulcère s'est réduit d'un tiers.

Intervention. — Anesthésie lombaire sous rachicocastovainisation. L'anesthésie est parfaite. On a employé les doses suivantes :

Stovaïne : 8 centigrammes.

Cocaïne : 1 centigramme.

Résection totale de la saphène interne en trois incisions. Deux interruptions à la partie inférieure de la cuisse et au niveau de l'ulcère. Il y a, tout le long du membre inférieur, une double voie veineuse, non continue. La saphène est très épaissie et scléreuse dans la moitié inférieure de la jambe.

22 février. — Cicatrisation complète de l'ulcère.

26 juin 1908. — L'ulcère est resté fermé. Il est remplacé par une cicatrice solide. Le malade travaille depuis quatre mois et se trouve très satisfait.

OBSERVATION XXVII

Varices bilatérales avec ulcères. — Extirpation totale bilatérale de la saphène interne dans la même séance. — Infection de la ligne de suture sur le membre opéré en dernier lieu, en deux points : près de l'ulcère et à la racine de la

cuisse, où le malade défît son pansement. — Signes de pyohémie. — Mort après trente-huit jours.

M... Jean-Marie, 62 ans, menuisier, entré le 16 février 1908.

Des varices apparurent, il y a quinze ans, à la jambe gauche, et huit ans, à la jambe droite.

Le premier ulcère survint à gauche, il y a quinze ans. Depuis lors, il eut des alternatives de cicatrisation et de suppuration.

Un ulcère survint à droite, il y a huit ans.

Actuellement, on note :

Des deux côtés, sur la face antéro-interne du tibia, existent des ulcères en évolution, de la dimension d'une paume de main à droite, d'une pièce de 5 francs à gauche. Les varices sont surtout développées à la jambe et au niveau du réseau du genou. Les saphènes ne sont pas visibles, mais elles sont perceptibles au palper.

Dans la moitié inférieure des deux jambes, la peau est pigmentée autour des ulcères.

20 février 1908. — Ether.

On fait la saphenectomie totale à droite et à gauche, en trois incisions, avec deux interruptions : l'une au niveau du genou, l'autre au niveau de l'ulcère.

Ce malade alla bien pendant deux ou trois jours. Au premier pansement, on constata que, du côté droit, par lequel on avait commencé la résection veineuse, il y avait réunion par première intention.

Du côté gauche, il y avait un peu de suppuration à la partie inférieure de l'incision du mollet, presque au contact de l'ulcération.

Les bords de cette incision furent écartés et on appliqua un pansement humide.

A la cuisse, au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision, dans le triangle de Scarpa, le pansement s'était défait et deux agrafes étaient à jour. En ce point, la peau, au voisinage des sutures, était tendue, rouge et chaude. On désunit

sur une étendue de 2 à 3 centimètres et on mit un autre pansement humide.

Pendant les jours suivants, le malade continua à avoir de hautes températures le soir et des frissons. Les plaies supuraient peu et avaient mauvais aspect. Elles ne bourgeonnaient pas.

Au milieu du mois de mars la fièvre tomba progressivement et la température se maintint pendant deux jours à la normale. Le troisième jour, elle remonta et les frissons réapparurent. Malgré les pansements humides et le traitement général, cet homme mourut le 28 mars, avec des signes de pyohémie.

Nous ferons remarquer, à propos de cette observation, que :

Il s'agissait d'un homme de 62 ans ;

Les deux membres furent opérés dans la même séance ;

Les mêmes instruments servirent pour les deux côtés ;

L'infection se fit à la gauche, au voisinage de l'ulcère ;

Le pansement se défit à la racine de la cuisse ;

Enfin, les urines de ce malade n'avaient pas été examinées.

OBSERVATION XXVIII

Varices et ulcères variqueux à la jambe gauche. — Il y a neuf mois, incision circonférentielle et ligature étagée de la saphène interne. — Récidive des ulcères. — Résection totale de la saphène interne sous rachicocastorainisation. — Tissus en mauvais état. — Nouvelle récidive des ulcères après trois mois.

T... Louis, 30 ans, briquetier, entre le 25 octobre 1907.

Il porte depuis quatre ans plusieurs ulcères variqueux à la jambe gauche. Cependant, il ne s'était jamais aperçu qu'il eût des varices. Le premier ulcère débuta sur la face antéro-interne du tibia, à la suite d'un choc subi dans cette région,

Les trois autres apparurent ensuite : un petit au-devant et un peu au-dessus de la malléole interne ; un second au niveau de la face externe de la jambe, dans sa moitié inférieure ; le troisième, à la face postérieure, sur le bord interne du tendon d'Achille.

A la fin de 1906, il fit un séjour à Bellevue, dans le service du docteur Martel. Des pansements et le repos au lit y amenèrent au bout de trois mois la cicatrisation provisoire des ulcères. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, un ulcère se rouvrit sur la face antéro-interne du tibia et le malade entra de nouveau dans le service, où M. Truchet, interne des hôpitaux, pratiqua, le 29 mai 1907, l'incision circonférentielle de la jambe et la *section entre deux ligatures* de la veine saphène interne, en trois points étagés : pointe du triangle de Scarpa, tiers inférieur de la cuisse, tiers supérieur de la jambe.

Cette opération donna un bon résultat immédiat ; la cicatrisation des incisions opératoires et des ulcères fut obtenue en un mois environ, cependant une poussée légère de phlébite oblitérante aseptique et apyrétique retint le malade à l'hôpital pendant près de trois mois.

Moins d'un mois après sa sortie, la récidive se produisait et ce malade entra dans le service de M. Viannay, avec quatre larges ulcères de jambe.

« Pendant quatre mois (1), je le traitai par le repos absolu au lit et les pansements réguliers ; les phénomènes inflammatoires et l'œdème s'atténuèrent peu à peu sous l'influence du traitement, mais la cicatrisation des ulcères marchait avec une grande lenteur.

« J'avoue que je ne songeais guère à réintervenir, car les varices avaient en somme été améliorées par la première opération, mais le malade, témoin des bons résultats obtenus chez plusieurs de mes opérés, par l'extirpation totale de la

(1) Communication de M. VIANNAY. *Soc. des sciences méd. de Saint-Etienne; Loire méd.*, 15 avril 1908 et *Province méd.*, mai 1908.

veine saphène interne, me réclama lui-même cette intervention. J'accédai à son désir sans grand enthousiasme, en le prévenant bien que je ne pouvais lui donner aucune garantie au sujet de l'efficacité de cette opération pour la cure de ses ulcères. Comme je n'arrivai pas à le décourager, je l'opérai hier (3 mars 1908) sous rachicocastovainisation : stovaïne 6 centigrammes, cocaïne 1 centigramme, et je pratiquai l'extirpation totale de la saphène interne et de la saphène externe.

« Vous pouvez juger de l'état de cette saphène interne qui, il y a neuf mois, a subi en trois points différents la section entre deux ligatures.

« D'abord, je n'ai pas trouvé trois tronçons de veine, mais *un tronc veineux partout continu* ; les bouts veineux sectionnés se sont donc réunis ; à noter que ces points de réunion adhéraient à la face profonde des cicatrices opératoires. Le tronc veineux dans son ensemble est un peu plus grêle qu'une saphène normale. Au point de vue de sa perméabilité et de la circulation du sang dans son intérieur, voici ce que me montrèrent les plaies latérales intentionnellement faites à la veine dans le cours de l'intervention et sa dissection ultérieure :

« Entre la première ligature et l'embouchure de la veine, la circulation du sang persistait, entretenue par un gros affluent de la saphène, qui n'était autre que la terminaison du canal collatéral. Au niveau de la première ligature, la veine présente un rétrécissement serré, d'aspect cicatriciel, mais *il existe une lumière et un revêtement endothéliforme*.

« Entre la première et la seconde ligature, c'est-à-dire dans le tiers moyen de la cuisse, la circulation est interrompue ; toutefois, la lumière veineuse n'est oblitérée totalement que dans les quatre au cinq centimètres sous-jacents à la ligature supérieure. A ce niveau, un gros affluent flexueux et dilaté, qui se jette dans la saphène, est thrombosé lui aussi dans ses trois derniers centimètres contigus à la veine ; au delà, sa blessure saigne ; donc la circulation se fait dans son

intérieur et le sang a trouvé une voie de décharge, soit par les collatérales superficielles, soit par les veines profondes. Au niveau de la seconde ligature, la veine saphène est *reconstituée entièrement et parfaitement perméable*. Il en est de même au niveau de la troisième, et, entre ces deux ligatures, la circulation était assez active. La veine saphène traversait la jarrettière cicatricielle et présentait en ce point une oblitération, mais au-dessus comme au-dessous, elle était gorgée de sang. Il en était de même de toutes les veines sectionnées par l'incision circonférentielle ; oblitérées au niveau de la traversée de la bande cicatricielle, elles reprenaient leur perméabilité et leur calibre normal immédiatement au-dessus et au-dessous.

« En somme, ces constatations nous montrent que les sections et ligatures avaient bien établi sur la saphène et les veines jambières des valvules artificielles, dont quelques-unes persistaient, mais plusieurs de ces valvules artificielles avaient déjà disparu, et non seulement les tronçons de la veine sectionnée s'étaient réunis bout à bout, mais à travers ces cicatrices de soudure, la lumière veineuse s'était reconstituée ou était en voie de reconstitution. Encore quelques mois et la perméabilité du grand canal saphénien eût été intégralement rétablie.

« Ce fait, ajoute M. Viannay, m'a paru des plus instructifs, il est à ajouter à ceux que l'on connaît déjà (1) et qui démontrent l'impossibilité d'interrompre de façon durable la circulation dans les veines superficielles du membre inférieur par les interventions économiques, quelles qu'elles soient.

« La circulation se rétablit soit de suite ou dans un très bref délai, à la faveur d'une voie collatérale, soit à la longue, par le processus de cicatrisation et de régénération veineuse, que j'ai pu, dans ce cas, saisir, pour ainsi dire, sur le vif.

« Il me semble que les faits de cet ordre apportent un argu-

(1) VIANNAY. *Rev. de chir.*, 1905, p. 88, et *Loire méd.*, 1907, p. 384.

ment décisif en faveur de l'extirpation totale de la veine saphène interne, seule opération radicale permettant de réaliser la cure chirurgicale des varices.

« De cette pièce, je ne veux tirer que ces déductions d'ordre très général et ne prétends faire, encore une fois, aucune critique au sujet de ce cas particulier. Le malade en question guérira-t-il mieux de ces ulcères après l'extirpation totale de la saphène qu'après l'incision circonférentielle de jambe ? je ne sais ; les troubles trophiques que l'on peut constater dès maintenant du côté de sa jambe (pigmentation, cicatrices, trophœdème) permettent d'en douter. »

La suite de cette observation si intéressante nous montre que les prévisions de M. Viannay étaient bien à redouter.

En effet, le 10 avril, c'est-à-dire trente-sept jours après l'intervention, le résultat immédiat était bon : les incisions opératoires étaient réunies par première intention ; les ulcères entièrement cicatrisés et le malade pouvait se lever ; mais à la date du 25 juin 1907, convoqué par nous, il nous montrait sur sa jambe, au niveau de la face interne, dans le tiers inférieur, une ulcération large et profonde, se découpant dans un tissu d'aspect cicatriciel et assez induré. Sur la face postéro-externe du mollet, à mi-jambe, était un autre petit ulcère, assez superficiel, entouré par une peau pigmentée et squameuse.

Ce malade nous raconta que les plaies réapparurent dès qu'il se mit à travailler. D'ailleurs, il ne souffre pas de sa jambe.

C'est évidemment chez lui la mauvaise qualité des tissus qui s'oppose à la guérison. Il faut donc tenir grand compte de cet élément dans l'appréciation pronostique. Il peut, comme chez cet homme de 30 ans, prendre une place prépondérante et n'être aucunement influencé par la suppression de l'élément vasculaire.

4 juillet 1908. — On lui fait des greffes dermo-épidermiques sur ses deux ulcères.

OBSERVATION XXIX

Varices bilatérales. — A gauche, ulcère datant de douze ans ; troubles trophiques ; pigmentation étendue. — Résection des saphènes interne et externe gauches.

B... Pierre, 59 ans, mineur.

Les varices auraient débuté il y a quinze ans, et l'ulcère de la jambe gauche, il y a douze ans. Après des alternatives de cicatrisation et de récives, cet ulcère eut une période de guérison d'un an et demi, consécutive à un séjour de sept semaines à l'hôpital. Il réapparut à nouveau il y a trois mois.

A l'entrée, 17 mars 1908, on note : varices bilatérales très développées aux deux jambes sur toutes les faces. Pas de varices visibles aux cuisses.

A gauche, à la palpation, la saphène est perceptible sous la peau. Au tiers inférieur de la jambe, face interne, existe un ulcère de la largeur d'une paume de main. Autour de lui, la peau est rouge et infiltrée ; elle est pigmentée sur une large zone. Ce malade resta au lit et fut pansé pendant une quinzaine de jours.

2 avril. — M. Viannay pratique l'extirpation totale de la saphène interne, sauf dans le segment correspondant à l'ulcère, et ensuite de la saphène externe.

22 avril. — La cicatrisation de l'ulcère est complète. Néanmoins, ce malade resta dans le service jusqu'en juin ; il put ainsi, par le repos, aider à la réparation des troubles trophiques.

2 juillet. — Tout est terminé avec un bon résultat, trois mois après l'intervention.

Cette observation montre l'utilité du repos consécutif, quand il existe de la pigmentation cutanée, de l'infiltration des tissus. Le malade ne doit se lever qu'après fermeture de toute brèche, fût-elle minime, fût-ce une simple croûte de petites

dimensions. Tant qu'elle n'est pas remplacée par une cicatrice définitive, on peut craindre la réapparition de l'ulcère.

OBSERVATION XXX

Varices du membre inférieur droit développées surtout à la jambe. — Résection des saphènes interne et externe. — Dans la même séance, excision au thermocautère d'hémorroïdes récidivées.

R... Henri, 57 ans, métallurgiste, entre le 25 mai 1908, pour des hémorroïdes déjà opérées, il y a vingt ans, par M. le professeur agrégé Duchamp, chirurgien des hôpitaux, et dont il souffre à nouveau depuis un an.

Il a, d'autre part, de volumineuses varices, surtout développées sur le membre inférieur droit.

La saphène interne est visible, dilatée et flexueuse dans toute sa hauteur ; sur la face externe de la jambe, à la hauteur de la bottine, est un paquet variqueux très accusé ; deux autres sur la face interne et dans le creux poplité.

Les tissus sont en bon état, il n'y a jamais eu d'ulcère.

19 mai. — Résection de la saphène interne en deux incisions, puis de la saphène externe ; à la jambe, extirpation des collatérales flexueuses et dilatées. Le pansement étant fait, après dilatation de l'anus, on lie les paquets hémorroïdaires et leurs pédicules sont sectionnés au thermo.

30 juin. — Guérison complète. Le malade se lève. Il y a un léger œdème mou du pied. Ce malade a été opéré uniquement pour ses varices, dans un but prophylactique.

OBSERVATION XXXI

Varices et ulcère bilatéraux. — Depuis vingt ans, il y a à l'une ou à l'autre jambe un ulcère en évolution. — A la

jambe gauche, phlébite localisée de la saphène interne. — Résection bilatérale de la saphène interne.

T... Louise, 53 ans, ménagère, entre le 27 mai 1908, pour des varices compliquées d'ulcères.

Elle a eu cinq enfants, et, aux premier et troisième, des fausses couches. Pas de signes nets de syphilis. Le dernier accouchement date de vingt ans.

Après la deuxième grossesse, apparut un ulcère à la jambe droite. Ainsi fut attirée l'attention de la malade sur l'existence des varices qu'elle ignorait.

Ensuite, pendant vingt ans, elle eut constamment un ulcère en évolution, sur l'une ou l'autre jambe, ou sur les deux à la fois. Elle n'eut jamais de période de plus de trois mois entre deux récidives.

Actuellement, les varices sont bilatérales ; des deux côtés, la saphène interne est bosselée et très dilatée.

A la jambe gauche, il n'existe pas en ce moment d'ulcère, mais dans le tiers supérieur, sur la face interne, on constate une zone pigmentée large comme une paume de main.

A droite, une zone pigmentée occupe, dans le tiers inférieur, les deux tiers de la circonférence de la jambe. Dans cette zone sont deux ulcérations peu profondes.

Dans les parties moyenne et supérieure, on remarque de grosses varices sous-cutanées et de petites varicosités du derme.

Les lésions vasculaires prédominent sur le système saphène interne. Celui de la saphène externe paraît peu envahi.

9 juin. — Intervention. Anesthésie mixte avec kélène-éther.

Résection bilatérale de la saphène interne. Des deux côtés, on laisse à la face interne du genou un pont cutané correspondant au pli de flexion, non intéressé par l'incision.

A gauche, la ligne d'incision est arrêtée au-dessus de la cicatrice d'ulcère.

On ne fait pas d'incision prémalléolaire. Au niveau du tiers supérieur de la jambe, la saphène interne est trouvée oblitérée, dure, phlébique, sur une étendue de 5 à 6 centimètres.

En outre, de ce côté, à la cuisse, au genou et au mollet, sa situation était très postérieure.

A droite, sous le pont de tissu qui est conservé à la face interne du genou, on doit laisser un à deux centimètres de veine, car il se fait une petite hémorragie venant d'une collatérale qui s'abouche dans le tronc principal en ce point, et qu'on ne peut pincer dans la profondeur. Le sang s'arrête avec un peu de compression par un tampon.

A la face externe et dorsale du pied, au-dessous et en avant de la malléole externe, montent deux veines assez volumineuses. Elles sont réséquées sur une étendue de 1 centimètre, et les bouts, liés.

Agrafage et pansement immobilisateur.

1^{er} juillet. — Les incisions opératoires se sont réunies par première intention. Il y a eu une goutte de pus au mollet gauche, sous une agrafe, lors du premier pansement. La malade va très bien actuellement.

OBSERVATION XXXII

(PATEL. *Lyon méd.*, 8 mars 1908.)

Extirpation des deux saphènes pour varices et ulcères.

Femme de 47 ans, porteur depuis plus de dix ans de varices doubles des membres inférieurs ; un ulcère existe à la partie inférieure de la jambe gauche, de petites dimensions douloureux, sans tendance à la cicatrisation.

L'extirpation des deux saphènes fut faite dans la même séance, le 6 mai 1907. Toutes les saphènes furent enlevées, l'ulcère même fut excisé.

Le résultat immédiat fut très bon et la malade ne souffre absolument plus. Il semble que ces varices, au moins les varices superficielles, soient définitivement guéries.

CHAPITRE V

Indications. Contre-Indications. Résultats.

1° Indications

On peut dire, d'une façon générale, que, actuellement, les indications de la résection totale chez les variqueux doivent être étendues, en raison de la sécurité que donne l'asepsie. Il faut néanmoins savoir distinguer l'opportunité de l'intervention suivant les cas.

On doit, à cet égard, distinguer les varices simples des varices compliquées:

Lorsque l'on a affaire à un malade porteur de dilations veineuses localisées, n'entraînant pas de douleurs, pas de gêne fonctionnelle, il est indiqué de s'abstenir, surtout si ce malade appartient à la classe aisée et qu'il lui soit facile de suivre un traitement simplement hygiénique.

Quand, au contraire, ce sujet est un ouvrier, dont la profession exige des travaux pénibles ou la station debout prolongée, il est préférable d'intervenir, ne fût-ce qu'à titre préventif.

On peut avoir affaire encore à des ectasies veineuses

peu gênantes, mais occupant une notable étendue du membre. Le plus souvent d'ailleurs, elles sont alors accompagnées de sensation de pesanteur, de crampes et d'œdème malléolaire le soir. Là encore une opération est utile. Elle l'est plus, quand ces mêmes varices, non compliquées encore, gênent beaucoup le malade, sont la cause de douleurs constantes ou intermittentes ; quand, en un mot, elles entraînent déjà une certaine impotence fonctionnelle.

A un stade plus avancé peuvent survenir de graves ou d'ennuyeuses complications, telles que la phlébite, l'hémorragie, les ulcères.

La coexistence de phlébite avec thrombose est un danger permanent, à cause des embolies. Il y a là une cause possible de mort subite. Dans notre obs. III le caillot était près de la fémorale, et la palpation avait permis de suivre sa progression ascendante.

Les hémorragies sont souvent abondantes et on a cité des cas de mort.

Ces deux complications sont justiciables de l'opération qui préviendra les accidents, dans la première par l'excision du vaisseau thrombosé ; dans la seconde, par la suppression de l'apport des veines profondes.

L'ulcère est de beaucoup la complication la plus fréquente, la plus rebelle et la plus ennuyeuse. Sa venue est préparée par l'insuffisance de nutrition des tissus, par le manque de soins, par les lésions de grattage que provoque le prurit des variqueux.

Au cas de petits ulcères, entourés de tissus relativement sains, on attendra leur cicatrisation rapidement obtenue par les pansements propres et le repos complet

au lit. On pourra ensuite faire la cure radicale des varices, extirper la veine nourrice de la lésion et même exciser la cicatrice.

A-t-on affaire, au contraire, à des plaies étendues, durant depuis de longues années déjà, rebelles au repos, on sera obligé d'abandonner le segment veineux sous-jacent et l'opération aura le désavantage des résections partielles.

C'est dans ces cas, croyons-nous, que l'on peut utiliser, à titre d'interventions complémentaires seulement, divers procédés destinés à modifier localement la circulation veineuse ou l'innervation, tels que la circonvallation de l'ulcère (Dolbeau et Nüssbaum) et l'incision circonférentielle juxta-aponévrotique faite *au-dessous* de la lésion ; mais encore faut-il les associer à la résection saphénienne aussi complète que possible.

De même dans les cas de peau à pigmentation étendue, de tissus eczémateux, plus ou moins infiltrés, ou de varices trop enchâssées dans le derme, l'extirpation de lambeaux cutanés sera un adjuvant utile de la saphénectomie.

Les greffes dermo-épidermiques selon la méthode d'Ollier-Thiersch, feront gagner du temps pour la fermeture des ulcères étendus et atones.

Les indications relatives au siège de l'intervention seront évidemment fournies par le siège des lésions. Si l'on constate nettement dans les deux territoires saphéniens des varices ou des ulcères, on devra faire la résection des saphènes interne et externe, dans une séance unique. De même, il peut y avoir indication, à cause de la localisation des varices, à la résection isolée d'une

saphène. Le plus souvent, il s'agira de la saphène interne, mais nous avons vu un cas où les troubles vasculaires étaient cantonnés au territoire externe et où l'indication était de pratiquer la résection isolée de son tronc principal.

On voit parfois des variqueux qui, ayant été opérés par la résection totale de la saphène interne, présentent quelque temps après des désordres vasculaires dans le domaine de la saphène externe. En voici des exemples :

(TERRIER et ALGLAVE. *Obs. V.*). — Un homme de 59 ans, ayant présenté des ulcères successifs de la jambe gauche, subit dans une première opération la résection totale de la saphène interne. Il quitte l'hôpital guéri de son ulcère, mais avec des varices qui persistent au côté externe.

Plus tard, survient un ulcère au-dessus de la malléole externe, tandis que le côté interne restait guéri. On lui réséqua la saphène externe et l'ulcère se ferma.

(TERRIER et ALGLAVE. *Obs. VI.*). — La récurrence de l'ulcère survint dans le territoire de la saphène externe, après ligature étagée de la saphène interne. Il guérit après la saphénectomie double.

Ces faits s'expliquent, si l'on songe que presque toujours les deux systèmes saphéniens, en raison de leurs anastomoses, sont malades simultanément.

La résection partielle pourrait être pratiquée exclusivement dans le cas de varices très localisées et à condition de rechercher soigneusement les perforantes à leur niveau. Elle serait faite aussi, si le malade se refusait à l'extirpation totale.

Il y a souvent, en somme, pour les varices et leur cortège de complications, « une question de degré, suivant

l'expression d'Algave, que le chirurgien et le malade ont à apprécier pour décider de l'opportunité d'une intervention ».

2° *Les contre-indications*

Les contre-indications sont tirées à peu près uniquement de l'état général du malade.

L'âge en devient une vers soixante ans. Chez les artérioscléreux, les cardiaques, les obèses, il vaut mieux ne pas intervenir.

L'insuffisance rénale est une contre-indication absolue. On devra toujours rechercher préalablement l'albumine.

3° *Résultats*

Nous étudierons dans ce paragraphe les questions de la mortalité et des suites immédiates et éloignées.

a) *La mortalité* ne doit pas exister comme conséquence de la saphénectomie. On peut dire sans hésiter qu'elle doit être réduite à zéro, tout comme dans la cure radicale des hernies.

Cependant sur 53 observations, nous trouvons deux morts. Disons immédiatement qu'elles sont dues à des causes ne dépendant pas directement de l'intervention elle-même. Le malade de l'obs. I de Terrier et Algave succomba au début d'une anesthésie au chloroforme ; celui de notre obs. XXVII fut infecté secondairement parce que son pansement avait sauté.

Quoi qu'il en soit, nous devons enregistrer une mortalité de 3,7 %.

b) *Résultats immédiats.* — L'action immédiate sur

l'ulcère est ordinairement très nette. On le voit se combler de bourgeons charnus vivaces, tandis qu'un liseré épidermique apparaît sur ses bords.

Dans les ulcères étendus et rebelles, nous avons plusieurs fois remarqué que ce processus de guérison, très net après l'intervention, se ralentissait au bout de quelque temps, pour s'arrêter complètement. Il semblait que le pouvoir régénérateur des tissus eût reçu un coup de fouet à la suite des résections veineuses.

Dans les ulcères petits et récents, la cicatrisation se fait assez rapidement. En compulsant 22 observations de malades, restés au lit jusqu'à fermeture de l'ulcère, se trouvant donc dans les conditions voulues, nous avons trouvé que *la cicatrisation* avait été obtenue :

3 fois en 15 jours.

1 — 16 —

3 — 20 —

4 — 22 —

1 — 26 —

1 — 28 —

3 — 30 —

1 — 37 —

2 — 40 —

1 — 45 —

1 — 60 —

1 — 90 —

La durée de la cicatrisation est donc de dix-neuf jours en moyenne.

La réunion des lignes d'incision est généralement complète au premier pansement. Si elle est retardée, c'est surtout par l'infection. Au voisinage de l'ulcère, les deux

lèvres cutanées adhèrent moins solidement qu'ailleurs, lors de ce premier pansement que nous faisons au bout de cinq jours, à cause des agrafes. Il est préférable de mettre quelques crins à ce niveau.

Dans trois ou quatre cas, la ligne d'incision était soulevée sur une étendue de 1 centimètre environ par un petit hématome, dû probablement au suintement tardif d'une veinule.

Ces épanchements minuscules retardent la réunion, et ultérieurement, on peut avoir une petite chéloïde à leur niveau.

Nous avons dit déjà plus haut que l'apparition rapide de phlyctènes sur la ligne des sutures et à son voisinage, pouvait être invoquée, à notre avis, en faveur du rôle trophique de l'opération. Chez le sujet de l'obs. VII, il y eut une phlycténisation massive. D'autre part, la cicatrisation complète fut obtenue en deux semaines, et elle s'est toujours maintenue.

Pendant les premiers mois qui suivent l'intervention, il y a presque toujours un peu d'œdème mou du pied et du bas de la jambe, mais il est transitoire et correspond probablement à la phase d'adaptation des tissus au nouveau régime circulatoire. Nous reparlerons bientôt de cette question, à propos des suites éloignées.

Dès que les malades se lèvent, ils sentent la jambe du côté opposé moins lourde. « Elle est plus jeune que l'autre de dix ans », nous disait une malade.

Les douleurs, les crampes, les fourmillements y ont disparu.

c) Résultats éloignés. — Nous allons les examiner successivement dans les cas de varices, de phlébite vari-

queuse, de varices avec ulcère. Nous nous baserons sur 53 observations dont 21 proviennent du mémoire de Terrier et Alglave (*Revue de Chirurgie*, 1906) ; 3 ont été publiées par Patel (thèse de Castan, et *Lyon Médical*, 1908) ; sur les 27 nôtres et sur les deux cas que nous a communiqués M. le professeur Jaboulay.

a) *Saphénectomie pratiquée pour varices.* — 13 malades ont été opérés. Tous étaient parfaitement guéris à leur sortie de l'hôpital, qui a eu lieu entre le douzième et le quarantième jour après l'opération. 6 d'entre eux ont été retrouvés dans un délai de 4, 9, 10, 11, 12 et 15 mois. Leur guérison s'était maintenue et ils se trouvaient satisfaits. Il n'y avait pas de récurrence.

L'un d'eux avait une chéloïde sur la ligne d'incision, à la face interne du genou. On voulut l'extirper, mais, au début de la chloroformisation, il eut une syncope mortelle. (Terrier et Alglave, obs. I.)

b) *Saphénectomie pratiquée pour phlébite variqueuse.* — Il en existe trois observations.

2 malades sortirent guéris les dix-septième et vingt-deuxième jours. L'un d'eux revint quinze jours après sa sortie avec de l'œdème douloureux du pied, dû à de la phlébite profonde. Il quitta l'hôpital après quelques jours de repos.

Ces deux malades n'ont pas été revus ensuite.

Le troisième restait guéri sept mois après l'opération.

c) *Saphénectomie pratiquée pour des varices avec ulcères.* — 37 malades ont été opérés avec cette indication. Il y a :

1 mort par infection ;

7 cas où les ulcères sont restés stationnaires ou ont récidivé ;

16 avec guérison complète. Ce terme de guérison concerne, dans notre statistique, les malades revus quatre mois au moins après leur sortie de l'hôpital et chez lesquels l'ulcère est constamment resté cicatrisé pendant ce délai.

13 malades n'ont pas été revus, ou bien, ont été revus moins de quatre mois après l'opération.

Parmi ces derniers, plusieurs sont en voie d'excellent résultat.

Sur ce chiffre de 7 opérés, qui, après plus de quatre mois, ne sont pas guéris ou ont vu récidiver leurs ulcères, deux sont sortis avant la cicatrisation complète : un a suppuré ; les autres avaient des troubles trophiques excessivement accusés.

En somme, nous pensons que les meilleurs résultats seront obtenus dans les cas de varices non compliquées. La saphénectomie en réalise la cure radicale et elle a, en outre, la valeur d'une opération préventive contre les desordres trophiques ultérieurs.

Dans les cas d'ulcères récents, pas trop étendus, elle a une efficacité certaine. Quand ces mêmes lésions sont anciennes, entourées de mauvais tissus, il faut néanmoins la faire, car une intervention qui dissèque les troncs veineux, fouille le tissu conjonctif ambiant, est susceptible d'exercer une réelle action trophique sur les filets nerveux malades, action comparable en quelque sorte à celle que produit le hersage du sciatique et l'étiement du tibial postérieur dans le mal perforant plantaire. La phlycténisation prouve que ce rôle existe.

Elle a en outre l'avantage d'enlever le plus possible de veines malades et par suite, d'agir au maximum sur l'élément vasculaire. Enfin, ce sont actuellement les extirpations doubles des saphènes qui, dans les ulcères anciens et étendus donnent encore les résultats les meilleurs.

Souvent la pigmentation diminue ou disparaît, ainsi que l'œdème chronique.

Une objection qui a été faite à la méthode des résections totales est que, faisant disparaître en grande partie les veines superficielles, elle doit provoquer de la gêne circulatoire. On constate, en effet, ordinairement de l'œdème du pied après l'opération, mais il disparaît dans la suite.

Dans leur obs. I, Terrier et Alglave nous montrent, par la dissection, ce que devient la circulation veineuse après l'ablation totale.

« Du côté du membre gauche où la résection de la saphène a été totale, on voit à la face interne du membre un système saphénien néoformé, avec une veine principale qui s'est constituée un peu en arrière du trajet de celle qui a été enlevée. Son calibre est un peu inférieur à celui d'une veine saphène ordinaire, sa paroi paraît saine. Elle est indemne de toute bosselure ou varicosité. Dans la portion jambière de son trajet, elle reçoit des veines, les unes néoformées comme elle, les autres variqueuses et très malades, qui sont d'anciennes veines du membre, faciles à reconnaître et qui n'ont pas été atteintes par la résection. A la cuisse et au voisinage de sa terminaison, elle reçoit, venant de la saphène externe, une grosse veine anastomotique, sur laquelle aboutit une perforante. A la face postérieure du membre on trouve une saphène externe de dimensions un peu plus grosses que normalement, peu variqueuse en elle-même, mais recevant des bran-

ches qui le sont beaucoup. Celles-ci, au nombre de quatre, aboutissent en avant dans la néosaphène et sont les anciennes veines épargnées par l'opération et dont il est déjà fait mention plus haut.

Un peu au-dessous de la saphène externe part une grosse veine anastomotique, d'apparence saine, qui est peut-être une veine néoformée et qui va se jeter en haut, comme il a été dit, dans la néosaphène interne. Après la dissection des veines superficielles, nous avons examiné les veines profondes que les injections avaient distendues et nous avons pu constater que, du côté droit et au niveau de la jambe, ces veines paraissaient plus volumineuses que normalement, mais sans dilatation variqueuse bien marquée. Elles étaient certainement peu intéressées et beaucoup moins malades que les veines superficielles.

Du côté gauche, où le membre avait toujours été plus intéressé que l'autre, les veines profondes étaient, comme primitivement les superficielles, plus volumineuses et plus variqueuses que celles du côté droit, particulièrement les tibiales postérieures ; mais, là aussi, elles étaient moins malades que les quelques troncs superficiels que nous avons vu épargner par l'intervention.

Chez ce malade et un peu contrairement à l'opinion classique, les veines profondes des membres étaient moins variqueuses et moins altérées que les veines superficielles.

Les mêmes auteurs nous disent que « tandis que sur le membre à résection partielle, le vaisseau néoformé a eu l'inconvénient de ramener à l'état antérieur la circulation dans les veines variqueuses laissées ; sur le membre à résection totale, les vaisseaux néoformés n'ont pas pu avoir le même désavantage, puisque les vaisseaux malades n'existaient plus. »

Nous terminerons en disant que les résultats éloignés, au cas d'ulcère, dépendent beaucoup de l'hygiène du malade.

Les gens de la classe aisée qui peuvent se reposer longuement après l'opération, éviter ultérieurement la station debout prolongée et protéger chaque jour avec une bande souple leur membre tenu très propre, seront à cet égard plus favorisés que les ouvriers. Ce sont d'ailleurs ceux-ci qui présentent les varices les plus accusées et surtout les ulcères les plus rebelles.

CONCLUSIONS

I. — Les faits cliniques et anatomo-pathologiques, ainsi que, dans quelques cas, les constatations biopsiques, démontrent que les résections partielles sont insuffisantes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs. Les récides après ces interventions sont très fréquentes.

II. — La saphénectomie totale représente l'opération de choix dans le traitement des varices soit simples, soit compliquées.

III. — C'est l'intervention de beaucoup la plus radicale, parce qu'elle s'adresse d'emblée au tronc principal, lequel conduit directement sur les branches et les rameaux secondaires. Elle permet ainsi l'extirpation de varices très nombreuses.

IV. — C'est une opération peu dangereuse. Si l'on suit rigoureusement la technique indiquée et que l'on observe strictement les règles de l'asepsie, plus indispensable ici qu'ailleurs, elle ne doit pas donner de mortalité.

V. — Les objections principales qu'on lui a faites : désordres circulatoires, œdèmes, cicatrices chéloïdiennes,

nes, sont de peu d'importance, car l'œdème est transitoire et les chéloïdes sont évitables.

VI. — Les statistiques et l'examen clinique témoignent des bons résultats de la saphénectomie totale. Ces résultats seront d'autant meilleurs que l'intervention aura été plus précoce et les complications variqueuses moins invétérées.

VII. — Cette opération ne guérit pas toujours l'ulcère variqueux, surtout dans les cas anciens qui s'accompagnent de lésions trophiques trop graves. Aussi faut-il faire une place à côté d'elle, à quelques opérations complémentaires.

VIII. — Elle réalise à coup sûr dans les cas non compliqués ou avec complications récentes, la cure radicale des varices.

Elle a, dans ces conditions, une valeur prophylactique certaine.

Le choix du moment ou du degré des lésions à partir desquels on peut proposer l'intervention, sera affaire d'appréciation clinique et variera suivant différents facteurs, et spécialement suivant la condition sociale du sujet.

Vu :

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 11 juillet 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

1^e Anatomie et physiologie.

- BRAUNE et MÜLLER. — *Die Venen des Füssess*, Leipzig, 1890.
BOURCERET. — *C. R. Acad. des Sc.*, 1883.
CHARPY. — In *Anat. de Poirier*.
DELBET (P.). — *Recue de th. méd. ch.*, 1904.
DELBET (P.). — Rôle de l'insuff. valv. dans les varices. *Sem. Méd.*, 1897.
HOCHSTETTER. — *Morph. Jahrb.*, 1890.
HOUZÉ. — Th. Paris, 1897.
JABOULAY et CONDAMIN. — Voies collat. de la circul. veineuse des m. inf. *Lyon Méd.*, 1889.
KLOTZ. — *Arch. f. Anat.*, 1887.
LEDENTU. — *Rech. s. circ. v. du pied et de la jambe*. Th. Paris 1867.
LEJARS. — *Arch. Phys.*, 1890.
MÜLLER. — *Arch. f. Anat.*, 1897.
TESTUT. *Anat.*, 5^e éd.
TRENDELENBURG. — Thèse de Tobold., Bonn, 1890; *Beitr. zur Kl. Ch.*, 1890.
VIANNAY. — *Lyon Médical*, 1904; *Rev. de Ch.*, 1905.

2^e Varices.

- ACCINELLI. — *Della cura ch. d. var.* Morgagni, 1894.
ARCHIMBAUD. — Th. Paris, 1891.

- CAILLOUÉ. — *Excis. des gr. lambeaux cutanés*. Th. Paris, 1899.
CASTAN. — *Saphénectomie totale*. Th. Lyon, 1907.
CHARRADE. — Th. Paris, 1892-1893.
CORDEBART. — Th. Paris, 1898.
COUDERC. — Th. Paris, 1898.
DAUOIS. — L'op. de Trendelenburg. *Rev. Méd. d. Lourain*, 1905.
DELBET. — Anastomose saphéno-fémorale. *Bull. Méd.*, 1906.
DELORE. — *Cong. français de Ch.*, 1894.
DONAT. — Th. Paris, 1833.
ESTIENNY. — Th. Toulouse, 1892-1893.
EVERARD HOMES. — *Prat. obs. du tr. of ulc.*, 1897.
FRENKEL. — Über die Behand. der. Var. *Beitr. zur Kl. Ch.*, 1902.
GARY. — Th. Montpellier, 1893-1894.
GOULD (Pearce). — The op. tr. of v. *Lancet*, 1899.
GROSMAIRE. — Th. Montpellier, 1899.
HOLTZMANN. — *Incis. cut. longitudinales*. Inaug. Diss., Strasbourg, 1898.
HUGÉ. — Th. Paris, 1854.
HOWSE. — *Cure of var.* Guy's Hosp. Rep., London, 1877.
KAISER. — *Behand. d. Var.* Thèse d'Iéna, 1903.
LOMBARD. — *Cl. des plaies récentes*. Paris, 1848.
LEDDERHOSE. — V. HOLTZMANN.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Cure ch. des v.* 1880.
MADELUNG. — *Über die Ausschelung cirsoïder. Var.* *Centralblatt f. Ch.*, 1884. *Disc.*: Langenbeck, Schede, Stürcke.
MAYO. — *Tr. of v. Surg. Obst.*, 1906.
MONTAY. — *Dauphiné Médical*, 1890.
PATEL. — *Lyon Médical*, 1908.
REMY. — *Tr. ch. des v. Bull. gén. de th.*, 1897; *Traité des varices*, Paris, 1901.
SCHWARTZ. — *De la cure sangl. des var.* — *Rev. gén. de cl. et thér.*, 1896.
SCHWARTZ. — *Tr. des v. par l'excision veineuse avec abl. de grands lambeaux cutanés*. *Presse Méd.*, 1898.
SCHWARTZ. — *Traité de ch.*, 1897.
SCHEEDE (Max). — *Tr. ch. des v. Berl. Kl. Woch.*, 1884.
STEIN. — *Beitr. zur Frage der modernen Variceoperationen*. Th. Rostock, 1901.
STREECH. — Th. de Giessen, 1904.

TENTSCHINSKI — Procédé de Trojanow. *Wrach*, 1903.

TERRIER et ALGLAVE. — *Rev. ch.*, 1906.

TRENDELENBURG. — Déjà cité.

VIANNAY. — Étude critique sur l'op. de Trendelenburg. *Rev. ch.*, 1905; *Lyon Méd.*, 1904; *Loire Médicale*, octobre 1907, avril 1908.

WANSCHER. — Tr. des v. et de l'ul. par la résect. de la saph. à son embouchure. *Ugesk. Læg.*, 1901, et *Centr. f. Ch.*, 1902.

3° Incision circonférentielle.

BRAULT. — Tr. des ul. variqueux. *Bull. et Mém. de la Soc. Ch.*, 1903.

DELBET (Paul). — *Travail cité*, p. 406.

DURAND (Ch.). — *Méthode Moreschi et modifications*. Th. de Paris, 1901-1902.

LA PIPE. — *Incis. circonf. de jambe*. Th. Paris, 1906.

MARIANI. — Incision circul. *Gaz. d. osped.*, 1900.

MORESCHI. — Il mio processo... *Clinico ch.*, 1899-1900.

TESSÈNE (Schwartz.). — *Inc. circul. de la cuisse*. Th. Paris, 1904-1905.

VINCE. — Prondi de Moreschi. Quelques cas. *Ann. de Soc. belge de ch.*, 1900.

WENZEL. — Der circulærschnitt. *Berl. Kl. Wockens.*, 1902.

4° Phlébites.

BROCA (Aug.). — De la ph. variq. *Rev. de ch.*, 1889.

ÉTIENNE. — *De la phlébectomie dans les ph. var. des membres*. Th. Paris, 1902-1903.

GUERITEAU. — *Trait. op. de la ph. v.* Th. Paris, 1898.

ISCH-WALL. — De la résection veineuse dans les cas de thrombose, pour parer aux accidents emboliques. *Bull. soc. ch.*, 1893.

LONGUET et BALTHAZAR. — Thrombo-phlébite variqueuse de la saph. ext. *Trait. par la saphénectomie. Presse méd.*, 1898.

MÉRIEUX (Ch.). — *Phlébite var. suppurée*. Th. Paris, 1896.

NICAISE. — *Plaies et ligatures des veines*. Th. d'agrég., Paris. 1892.

- QUÉNU. — Résect. de la v. poplitée thrombosée. *VI^e Cong. de ch. français*, Paris, 1892.
- RIGAUD (P.). — Tr. chi. des dil. variq. sup. des membres, ainsi que de la cirsocèle. *Bull. soc. ch.*, 1875.
- ROBINEAU. — *Tr. ch. des phlébites*. Th. Paris, 1898.
- VERNEUIL in TUFFIER. — Extirpation de phlébite des veines jumelles. *Bull. soc. anat.*, 1884.
- VIANNAY et BRESSARD. — Saphénectomie pour phl. variq. *Loire Méd.*, octobre 1907.

